

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1944

N°

124

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

Présentée et soutenue publiquement le 16 MAI 1944 1944

**Josette, Lily LABONDE**

Née le 22 janvier 1915 à Charenton-le-Pont (Seine)

*Ancienne Externe des Hôpitaux de Paris*

**Calvitie précoce**

et

**Tuberculose Pulmonaire**

*Président : M. TROISIER, professeur*

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1944



FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

---

Nom du Candidat : **LABONDE.**

Prénoms : **Josette, Lily.**

---

Date de la soutenance: .....

Numéro d'ordre: .....

**LABONDE (Josette-Lily).** —  
Calvitie précoce et tuberculose  
pulmonaire. — *Paris, Librairie*  
*Arnette, in-8 r., 83 p.*

(Thèse de Médecine (Etat),  
*Paris, 1944, n° .....*)

**LABONDE (Josette-Lily).** —  
Calvitie précoce et tuberculose  
pulmonaire. — *Paris, Librairie*  
*Arnette, in-8 r., 83 p.*

(Thèse de Médecine (Etat),  
*Paris, 1944, n° .....*)

**LABONDE (Josette-Lily).** —  
Calvitie précoce et tuberculose  
pulmonaire. — *Paris, Librairie*  
*Arnette, in-8 r., 83 p.*

(Thèse de Médecine (Etat),  
*Paris, 1944, n° .....*)

**LABONDE (Josette-Lily).** —  
Calvitie précoce et tuberculose  
pulmonaire. — *Paris, Librairie*  
*Arnette, in-8 r., 83 p.*

(Thèse de Médecine (Etat),  
*Paris, 1944, n° .....*)

113828

MAR 1 0 1949



ANNÉE 1944

N° .....

**THÈSE**  
POUR LE  
**DOCTORAT EN MÉDECINE**  
(Diplôme d'État)

---

Présentée et soutenue publiquement le ..... 1944

---

**Josette, Lily LABONDE**

Née le 22 janvier 1915 à Charenton-le-Pont (Seine)  
*Ancienne Externe des Hôpitaux de Paris*

---

**Calvitie précoce**  
et  
**Tuberculose Pulmonaire**

---

*Président : M. TROISIER, professeur*

---

PARIS  
LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE  
2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

---

1944

## I. — PROFESSEURS

MM.

|                                                                |                  |
|----------------------------------------------------------------|------------------|
| Anatomie .....                                                 | ROUVIERE.        |
| Physiologie .....                                              | Léon BINET.      |
| Physique médicale .....                                        | STROHL.          |
| Chimie médicale .....                                          | POLONOVSKI.      |
| Bactériologie .....                                            | GASTINEL.        |
| Parasitologie et histoire naturelle médicale .....             | BRUMPT.          |
| Pathologie et thérapeutique générales .....                    | BAUDOUIN.        |
| Pathologie médicale .....                                      | CHABROL          |
| Pathologie chirurgicale .....                                  | PETIT-DUTAILLIS  |
| Anatomie pathologique .....                                    | LEROUX.          |
| Histologie .....                                               | CHAMPY.          |
| Pharmacologie et matière médicale .....                        | TIFFENEAU.       |
| Thérapeutique .....                                            | AUBERTIN.        |
| Hygiène et médecine préventive .....                           | JOANNON.         |
| Médecine légale .....                                          | DUVOIR.          |
| Histoire de la médecine et de la chirurgie .....               | LIAN             |
| Pathologie expérimentale et comparée .....                     | Henri BÉNARD.    |
| Hydrologie thérapeutique et climatologie .....                 | CHIRAY.          |
|                                                                | ABRAMI.          |
|                                                                | FISSINGER.       |
| Clinique Médicale .....                                        | HARVIER.         |
|                                                                | PASTEUR-VALLERON |
|                                                                | RADOT.           |
| Hygiène et clinique de la première enfance .....               | CATHALA.         |
| Clinique des maladies des enfants .....                        | Robert DEBRE.    |
| Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale. | LEVY-VALENSI.    |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques .....          | GOUGEROT.        |
| Clinique des maladies du système nerveux .....                 | GUILLAIN.        |
| Clinique des maladies infectieuses .....                       | LEMIERRE.        |
|                                                                | BROCQ            |
| Clinique chirurgicale .....                                    | CADENAT.         |
|                                                                | MONDOR.          |
|                                                                | QUÉNU.           |
| Clinique ophtalmologique .....                                 | VELTER.          |
| Clinique urologique .....                                      | CHEVASSU.        |
| Clinique d'accouchements .....                                 | LANTUEJOUL.      |
|                                                                | PORTES.          |
| Clinique gynécologique .....                                   | MOCQUOT.         |
| Clinique chirurgicale infantile et orthopédie .....            | LEVEUF.          |
| Clinique thérapeutique médicale .....                          | LOEPER.          |
| Clinique oto-rhino-laryngologique .....                        | LEMAITRE.        |
| Clinique thérapeutique chirurgicale .....                      | SÉNEQUE          |
| Clinique propédeutique .....                                   | VILLARET.        |
| Clinique de la tuberculose .....                               | TROISIER.        |
| Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte .....           | MATHIEU.         |
| Clinique de cardiologie .....                                  | DONZELOT.        |
| Clinique de neuro-chirurgie .....                              | Clovis VINCENT.  |
|                                                                | DOGNON.          |
|                                                                | GIROUD.          |
| Professeurs sans chaire .....                                  | HAZARD.          |
|                                                                | JAYLE.           |
|                                                                | OLIVIER.         |
|                                                                | VERNE.           |

## II. — AGREGES EN EXERCICE

### MM.

|                                          |                          |
|------------------------------------------|--------------------------|
| AMELINE .....                            | Pathologie chirurgicale. |
| BARIÉTY .....                            | Pathologie médicale.     |
| BERNARD (E.).                            | Pathologie médicale.     |
| BEZANÇON (J.).                           | Hydrologie.              |
| BONNET .....                             | Bactériologie.           |
| BOULIN .....                             | Pathologie médicale.     |
| BROUET .....                             | Pathologie médicale.     |
| BULLIARD ....                            | Histologie.              |
| CACHERA ....                             | Pathologie médicale.     |
| CORDIER .....                            | Anatomie.                |
| COSTE .....                              | Pathologie médicale.     |
| COUVELAIRE<br>(Roger) .....              | Urologie.                |
| DELARUE ....                             | Anatomie pathologique.   |
| DELAY .....                              | Pathologie médicale.     |
| DEGREZ (H.)..                            | Physique.                |
| DESOILLE ....                            | Médecine légale.         |
| DIGONNET ....                            | Obstétrique.             |
| DOGNON .....                             | Physique.                |
| FEVRE .....                              | Pathologie chirurgicale. |
| FUNCK-BREN-<br>TANO .....                | Pathologie chirurgicale. |
| GALLIARD ....                            | Parasitologie.           |
| GARCIN .....                             | Pathologie médicale.     |
| M <sup>re</sup> GAUTHIER-<br>VILLARS ... | Anatomie pathologique    |

### MM.

|                            |                           |
|----------------------------|---------------------------|
| DE GENNES ...              | Pathologie médicale.      |
| HAGUENAU ...               | Pathologie médicale.      |
| LACOMME ....               | Obstétrique.              |
| LAVIER .....               | Parasitologie.            |
| LELONG .....               | Pathologie médicale.      |
| LEMAIRE .....              | Pathologie expérimentale. |
| LENEGRE .....              | Pathologie médicale.      |
| M <sup>re</sup> J. LÉVY .. | Pharmacologie.            |
| MARCHAL ....               | Pathologie médicale.      |
| MÉNÉGAUX ...               | Pathologie chirurgicale   |
| MOLLARET ...               | Pathologie médicale.      |
| MOUQUIN ....               | Pathologie médicale.      |
| PATEL .....                | Pathologie chirurgicale   |
| RENARD .....               | Ophtalmologie.            |
| RICHET .....               | Physiologie.              |
| SICARD .....               | Pathologie chirurgicale.  |
| SOULIE .....               | Pathologie médicale.      |
| SUREAU .....               | Obstétrique.              |
| TURPIN .....               | Pathologie médicale.      |
| WILMOTH ....               | Pathologie chirurgicale   |

## III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens

### MM.

|                         |                          |
|-------------------------|--------------------------|
| ALGLAVE .....           | Pathologie chirurgicale. |
| CHAILLEY-<br>BERT ..... | Physiologie.             |
| GUÉNIOT .....           | Obstétrique.             |
| HEITZ-BOYER             | Pathologie chirurgicale. |
| HUGUENIN...             | Anatomie pathologique    |

### MM.

|                       |                  |
|-----------------------|------------------|
| LE LORIER ...         | Obstétrique.     |
| NEVEU-<br>LEMAIRE ... | Parasitologie.   |
| PIEDELIEVRE .         | Médecine légale. |
| VAUDESCAL             | Obstétrique.     |

# IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

| MM.           |                        | MM.         |                        |
|---------------|------------------------|-------------|------------------------|
| ALAJOUANINE.  | Clinique médicale.     | BASSET.     | Clinique chirurgicale. |
| BRULÉ.        |                        | GATELLIER.  |                        |
| CHEVALLIER.   |                        | DE GAUDART  |                        |
| LAROCHE (G.). |                        | D'ALLAINES. |                        |
| MOREAU.       |                        | MOULONGUET. |                        |
| SÉZARY.       |                        | MOURE.      |                        |
| MM.           |                        |             |                        |
| ECALLE.       | Clinique obstétricale. |             |                        |
| VIGNES.       |                        |             |                        |

## V. — CHARGES DE COURS

|                        |                      |
|------------------------|----------------------|
| MM.                    |                      |
| CHAILLEY-BERT, agrégé. | Education physique.  |
| LEDOUX-LEBARD .....    | Radiologie clinique. |
| DECHAUME .....         | Stomatologie.        |

*Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.*

**A LA MEMOIRE DE MON PERE**

**A MA MERE**

**AUX MIENS**

**A MES AMIS**

A MON MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR J. TROISIER

Professeur de la Clinique de la tuberculose  
de la Faculté de Paris  
Membre de l'Académie de Médecine

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ G. BROUET

Médecin des Hôpitaux

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX :

STAGES

MONSIEUR LE PROFESSEUR CARNOT

MONSIEUR LE PROFESSEUR GOSSET

MONSIEUR LE DOCTEUR L. RAMOND

MONSIEUR LE PROFESSEUR OMBREDANNE

EXTERNAT

MONSIEUR LE DOCTEUR BOPPE

MONSIEUR LE DOCTEUR PICOT

MONSIEUR LE DOCTEUR RIBADEAU-DUMAS

MONSIEUR LE DOCTEUR FAROY

MONSIEUR LE PROFESSEUR GOUGEROT

MONSIEUR LE DOCTEUR ANDRÉ JACQUELIN

MONSIEUR LE PROFESSEUR COUVELAIRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR TROISIER

## INTRODUCTION

Les rapports de la calvitie précoce et de la tuberculose ont été envisagés depuis Hippocrate. Leur intérêt réside dans l'élément pronostic favorable attribué par les auteurs à la tuberculose évoluant chez les chauves précoces.

Nous avons relevé quelques observations de malades de ce type, pour nous rendre compte dans quelle mesure ce caractère pouvait aider à l'établissement du pronostic.

Nous préciserons tout d'abord que d'une part, nous nous sommes attachés uniquement à l'étude des calvities masculines, et parmi celles-ci, aux calvities précoces, dont les caractères sont bien particuliers ; il s'agit d'une affection « essentielle » indépendante de toute cause infectieuse locale ou générale, dont les premiers symptômes se manifestent avant l'âge de 30 ans.

Pour nous imposer une limite invariable, nous avons retenu seulement les cas de calvitie précoce ayant évolué assez rapidement pour être hippocratique, ou tout au moins très avancée à 35 ans.

D'autre part, nous n'avons envisagé que l'évolution de la tuberculose pulmonaire, à l'exclusion même des tuberculoses pleurales.

Après un court historique, nous rappellerons les principaux caractères cliniques de la calvitie précoce, et les diverses théories étiologiques qu'elle a suscitées ; puis, à l'aide des observations recueillies, nous rechercherons ses rapports avec la tuberculose pulmonaire.

Nous avons voulu établir une comparaison entre la fréquence de la calvitie précoce chez les tuberculeux et chez les sujets sains. À cette occasion, nous avons essayé de préciser dans quelle mesure cette affection présentait un caractère familial, dans les deux catégories de sujets.

Qu'il nous soit permis d'exprimer ici notre profonde gratitude et notre respectueux attachement à notre maître, M. le Professeur TROISIER, qui nous a fait l'honneur de nous confier ce sujet de travail, nous a fourni de nombreux documents et nous a donné des conseils si précieux.

M. le Professeur agrégé G. BROUET a bien voulu nous guider ; nous lui en sommes extrêmement reconnaissante.

Nous tenons à adresser nos remerciements à M. le Professeur GUGEROT, médecin de l'Hôpital Saint-Louis ; au docteur Urbain GUINARD et au docteur AURIACOMBE, médecins des Sanatoriums de Bligny ; au docteur FOURÈS, médecin du Sanatorium de La

Bruyère; au docteur POUMAILLOUX, médecin de l'Hôpital Broussais; au docteur Maurice RENAUD, médecin de l'Hôpital-Sanatorium de Brévannes, pour l'accueil que nous avons reçu dans leur service et l'aide qu'ils nous ont apportée.

Que le docteur FABRE, médecin assistant du Sanatorium de Champcueil, et le docteur ANDRIEUX, médecin assistant du Sanatorium de La Bruyère, soient assurés de notre vive reconnaissance.



## HISTORIQUE

Selon Hippocrate, « celui qui veut guérir de la phtisie a tout avantage à ne pas présenter de maigreur. Sa poitrine doit être carrée et velue, le cartilage xyphoïde doit être recouvert d'une peau épaisse. Qui présente ces caractères a les plus grandes chances d'en revenir; qui, au contraire, n'a aucun de ces indices meurt rapidement ». Or la pilosité thoracique est très souvent l'apanage des chauves précoces, comme le rapporte L. Corman dans une étude des conceptions anciennes et modernes sur la constitution des tuberculeux. Parmi les éléments distinctifs des types de « prédisposition » et de « résistance » à la tuberculose pulmonaire sont mentionnés les caractères du système pileux.

« L'habitus phtisicus » prédisposé à la tuberculose pulmonaire ulcéro-caséreuse d'évolution rapide a un appareil pileux primaire bien développé, un appareil pileux secondaire insuffisant; chez ces sujets, la face antérieure du thorax est glabre, la barbe peu fournie, mais la chevelure abondante, les cils longs et soyeux; la calvitie est exceptionnelle.

« L'habitus apoplecticus » s'oppose trait pour trait à cette description. La calvitie est habituelle, la barbe est opulente, l'appareil pileux secondaire apparaît précocement, couvrant en particulier la poitrine d'une toison abondante ; la tuberculose pulmonaire chez ces sujets présente une tendance manifeste à la stabilisation.

W.-C. Rivers, étudiant après Gaskoïn, Lewin et Tommasolli la fréquence de la tuberculose chez les ichtyotiques obtient un pourcentage sept fois plus élevé que chez les sujets sains; d'autre part, la tuberculose s'observe assez souvent parmi les descendants des malades atteints d'ichtyose; ainsi, les individus prédisposés à l'ichtyose le seraient également à la tuberculose.

Les auteurs du xix<sup>e</sup> siècle attribuent aux « arthritiques » une phtisie fibreuse; plus récemment, E. Aubertin, confirmant ces données, pense que ces sujets imposent à la bacillose une allure particulière en raison d'une aptitude réactionnelle spéciale opposée par leur organisme.

A. Jacquelin rapproche le terrain « neuro-arthritique » dont la manifestation sur la peau est la séborrhée et l'alopecie qu'elle entraîne de la constitution ostéo-conjonctivo-élastopathique prédisposée à la sclérose et aux évolutions bénignes.

# LA CALVITIE PRÉCOCE

## CLINIQUE — ÉTIOLOGIE

Au point de vue clinique, la calvitie précoce, affection de l'homme jeune, est caractérisée par son évolution.

Procédant le plus souvent par poussées, les premiers symptômes se manifestent aux environs de la vingt-cinquième année, s'accroissent au cours d'un second paroxysme vers trente-cinq ans et se complètent entre quarante et quarante-cinq ans; mais le début peut être encore plus précoce, à partir de l'âge de seize, dix-huit ans et la marche beaucoup plus rapide, dans la règle, d'autant plus que le sujet est plus jeune, peut aboutir à une calvitie très avancée dès l'âge de vingt-cinq ans.

Quelle que soit la durée de l'évolution, le processus décalvant suit une marche progressive et régionale extrêmement systématisée; la tonsure apparaît en même temps que la lisière frontale recule peu à peu, puis systématiquement les angles fronto-temporaux se creusent et se prolongent de plus en plus vers le vertex, respectant entre eux au sommet du front un îlot de cheveux médian, « le toupet », en arrière

duquel ils tendent à se rejoindre; il se constitue autour de chaque oreille un triangle courbe d'alopecie diffuse et incomplète; enfin, la séparation des régions pariétales s'accroissant de plus en plus, la limite inférieure de la tonsure gagnant la nuque et les cheveux du toupet se clairsemant jusqu'à disparaître, le terme final de l'évolution est atteint, la « calvitie hippocratique » est constituée, la peau du crâne amincie, lisse, blanche, brillante, garde seulement dans les régions temporales et occipitales inférieures, quelques cheveux formant une demi-couronne.

Le mode est toujours le même; les cheveux tombés sains au début et de calibre normal, sont toujours remplacés, mais les générations successives sont de plus en plus grêles jusqu'à n'être plus représentées que par un fin duvet qui disparaît à son tour.

La calvitie sénile a également une marche progressive et régionale, mais les premiers symptômes n'apparaissent pas avant quarante ans et l'évolution, infiniment plus lente, n'aboutit qu'exceptionnellement au stade hippocratique.

Bien différent est le tableau des autres alopecies; dans les alopecies « en clairières » de la syphilis secondaire, comme dans les alopecies diffuses des infections aiguës survenant trois mois environ après l'affection, la repousse des cheveux est constante, quelle que soit l'intensité du processus; l'intoxication par l'acétate de thallium et l'irradiation légère du cuir chevelu par les rayons X entraînent également

une alopecie diffuse mais à marche suraiguë, temporaire et de cause connue.

Aucune confusion n'est possible avec les alopecies circonscrites : ou bien transitoires, après pyodermite, impétigo ou eczéma du cuir chevelu; ou bien définitives, associées à des lésions cicatricielles de la peau et secondaires à un traumatisme, un lupus érythémateux, un favus ou une pseudo pelade. La pelade décalvante entraîne bien une calvitie totale, mais son début a été marqué par l'apparition des plaques caractéristiques à topographie variable.

L'étiologie de la calvitie précoce dite « essentielle » est très discutée; de multiples causes favorisantes ou déterminantes ont été invoquées.

C'est ainsi qu'un rôle a été attribué aux conditions de vie : il y aurait moins de chauves à la campagne que dans les villes et dans celles-ci les milieux intellectuels seraient plus fréquemment atteints.

Un caractère semble incontestable dans un grand nombre de cas : c'est la notion familiale, héréditaire.

Tous les auteurs sont d'accord pour reconnaître la séborrhée du cuir chevelu comme une maladie dépilante : la folliculite séborrhéique déterminant une atrophie de la papille suivie du détachement du poil; mais, si cette affection est notée assez souvent dans les antécédents des chauves précoces, elle est inconstante; c'est alors que l'on fait intervenir la notion de « terrain »; secondaire ou non à la séborrhée, la calvitie précoce a été considérée pendant de longues

années comme l'un des principaux symptômes de la « diathèse arthritique ».

Le vingtième siècle fait une très large place à un déséquilibre hormonal. L'hyperfonctionnement des glandes génitales est mis en cause, basé sur le fait que la calvitie précoce, affection de la fin de l'adolescence, atteint souvent des sujets à système pileux secondaire très développé, possédant en particulier une barbe opulente et belle; Hippocrate avait déjà remarqué d'ailleurs que « les eunuques ne devenaient ni goutteux ni chauves ».

D'autre part, on connaît le syndrome d'hypervirisme décrit par Apert dont on tend à rapprocher actuellement la maladie de Cushing.

Les travaux américains récents envisagent la calvitie précoce comme la manifestation d'un déséquilibre hypophysogénital et préconisent l'opothérapie hypophysaire à l'apparition des premiers symptômes; les résultats seraient satisfaisants.

Enfin, des modifications du système pileux qui sont encore mal définies s'observant chez les myxoédémateux et les basedowiens, on a invoqué à l'origine de la calvitie précoce une dysthyroïdie.

En réalité, l'étiologie demeure très obscure; le nombre des facteurs mis en cause en est le témoignage.

## CALVITIE PRÉCOCE ET TUBERCULOSE PULMONAIRE

Nous avons réuni un certain nombre d'observations prises dans le service de la clinique de la tuberculose, dans le service de phtisiologie de désencombrement de l'Hôpital Broussais, dans un des services de l'hôpital-sanatorium de Brévannes, dans les sanatoriums de Bligny, La Bruyère et Champcueil.

Sur un total de 1.316 malades, âgés de plus de 21 ans, nous avons trouvé 74 chauves précoces; parmi ceux-ci, quatre présentaient des tuberculoses extra-pulmonaires et six une tuberculose pulmonaire à début trop récent pour qu'il soit possible d'établir un pronostic.

Les malades se répartissent ainsi entre les divers établissements :

|                   | MALADES<br>DE PLUS<br>DE 21 ANS | CHAUVES<br>PRÉCOCES | TUBERCUL.<br>EXTRA-<br>PULMONAIRE | TUBERCUL.<br>RÉCENTE |
|-------------------|---------------------------------|---------------------|-----------------------------------|----------------------|
| Broussais . . . . | 115                             | 9                   | 2                                 | 1                    |
| Laennec . . . . . | 126                             | 6                   | »                                 | 1                    |
| Brévannes . . .   | 177                             | 8                   | »                                 | »                    |
| Bligny . . . . .  | 187                             | 9                   | »                                 | »                    |
| La Bruyère . .    | 251                             | 17                  | 2                                 | »                    |
| Champcueil ..     | 460                             | 25                  | »                                 | 4                    |
|                   | 1.316                           | 74                  | 4                                 | 6                    |

Nous avons classé les soixante-quatre chauves précoces restants en six groupes :

1° Tuberculoses évolutives de mauvais pronostic.

2° Tuberculoses stationnaires. Bacilloscopies positives. Etats radiologiques inchangés.

3° Tuberculoses d'assez bon pronostic. L'évolution paraît favorable. Bon état général. Amélioration radiologique. Les bacilloscopies ne sont pas encore négatives ou le sont inconstamment.

4° Tuberculoses de bon pronostic. Bacilloscopies négatives depuis au moins quatre mois. Bon état général. Amélioration radiologique.

5° Tuberculoses radiologiques mais à bacilloscopies toujours négatives.

6° Tuberculoses pouvant être considérées comme guéries, les malades ayant été autorisés à quitter le sanatorium.

Dans chaque groupe, nous avons classé :

— d'une part, les tuberculoses ayant débuté en 1940 ou antérieurement, pouvant être considérées comme chroniques;

— d'autre part, les tuberculoses postérieures à 1940.

## GROUPE I

### A) SIX TUBERCULOSES POSTERIEURES A 1940.

*Deux formes évolutives au-dessus de toute thérapeutique décelées trop tardivement :*

OBS. 80. — Laennec : C..., terrassier, 28 ans :

1° Calvitie déjà très marquée, ayant débuté à 18 ans. Familiale (père et oncle).

2° Mars 1943 : S. F. et S. G. marqués ; le malade est rapatrié d'Allemagne, où il était parti comme travailleur deux mois auparavant. Hospitalisé à Laennec, il présente une grosse spéléonque parahilaire gauche et des taches et marbrures dans les deux champs pulmonaires. Laryngite.

B. K. + (examen direct).

Vitesse de sédimentation : 53, 82, 123.

Granulations toxiques : normales 3, subnormales 11, pathologiques 82, très pathologiques 4.

On décide de tenter un pneumo gauche.

La veille, perforation pleuro-pulmonaire suivie d'hydrothorax.

En juin, le malade rentre chez lui dans un état grave.

OBS. 106. — Bréussais : M..., manœuvre, 34 ans, Nord-Africain, en France depuis 1926 :

1° Calvitie non familiale, ayant débuté à 21 ans, hypocratique.

2° Novembre 1942 : toux et expectoration bacillifère. Le malade ne se fait hospitaliser qu'en avril 1943.

Graphie : infiltrat sous-claviculaire droit, creusé d'une cavité (2 francs). Petite cavité du sommet gauche et infiltrat non homogène peu dense de tout le champ.

B. K. +.

Septembre 1943 : grosse extension radiologique bilatérale. Amaigrissement de 9 kgs. Température aux environs de 39°.

Décembre : décès.

*Une tuberculose évolutive malgré un bon pneumothorax et une cure hygiéno-diététique correcte :*

OBS. 12. — La Bruyère : C..., 37 ans :

1° Calvitie presque complète à 30 ans, ayant débuté à 25 ans, non familiale.

2° Depuis 1939, gros rhumes tous les hivers ; on aurait parlé de « pleurite ».

Février 1943 : arrêt du travail pour toux et fatigue.

En mars 1943 : hémoptysie. Hospitalisation à Saint-Antoine.

B. K. +. A gauche, cavité sous-claviculaire, taches à contours flous des 2/3 supérieurs du poumon. A droite, image normale,

Création d'un pneumo gauche. Bon collapsus.

Avril 1943 : entrée à La Bruyère. Apyrétique. Etat général médiocre. Hémoptysie. B. K. +.

Mai 1943 : reste B. K. +. Subfébrile.

Juillet 1943 : hémoptysie traînante.

En août : plusieurs hémoptysies, aggravation de l'état général. Bilatéralisation. Température oscillante.

Septembre : quitte La Bruyère dans un état grave.

*Trois tuberculoses à évolutions moins rapides mais continues depuis 1941 :*

*Une tuberculose bilatérale, dont la cure hygiéno-diététique entreprise en temps voulu a été jointe à un bon pneumo :*

OBS. 31. — Bligny : M..., 38 ans :

1° Calvitie presque complète, ayant débuté à 22 ans. Familiale.

2° Novembre 1941 : admission à Bligny pour infiltrat non homogène, avec aspect lacunaire des deux sommets. B. K. +.

Octobre 1942 : reprise de poids de 7 kgs, mais B. K. + et cavité sous-claviculaire gauche, pneumo. Bon collapsus après section de brides.

Janvier 1943 : cavité du sommet droit. Tentative infructueuse de pneumo. Très nombreux bacilles de Koch.

Mars 1943 : amaigrissement de 13 kgs en six mois. Extension de la cavité droite. Phrénicectomie droite.

Septembre 1943 : bacilloscopies toujours très positives. Etat général médiocre. Nouvelle perte de poids de 1 kg. 500.

*Une tuberculose traitée avec six mois de retard :*

Obs. 58. — Champcueil : C..., 48 ans, taille 1 m. 70, poids normal 71 kgs :

1° Calvitie ayant débuté à 22 ans, presque totale à 30 ans, non familiale.

2° Avril 1941 : amaigrissement, asthénie, toux, expectoration, fièvre.

Octobre 1941 : B. K. +.

Mai 1942 : lobite supérieure droite excavée et petit infiltrat du sommet gauche. Pneumo droit incomplet, malgré deux sections de brides.

Juillet 1942 : admission à Champcueil. Pyothorax non bacillifère, nécessitant plusieurs évacuatrices et lavages de plèvre.

Janvier 1943 : cavité sous-claviculaire gauche, subfébrile. B. K. +.

Mars 1943 : fébrile. Amaigrissement de 8 kgs. Extension de la cavité gauche.

Août 1943 : le malade quitte Champcueil dans un état grave.

*Antécédents personnels :* ypérité en 1917, pleurite en 1919, tendance aux douleurs rhumatismales.

*Une tuberculose unilatérale radiologiquement peu étendue; traitée précocement, dont la gravité semble surtout en rapport avec le terrain sur lequel elle évolue :*

Obs. 29. — Bligny : L..., 34 ans :

1° Calvitie ayant débuté à 28 ans, très accusée, familiale.

2° Septembre 1941 : graphie systématique à l'occasion de la tuberculose d'une sœur : infiltrat diffus droit. Quinze jours plus tard : hémoptysie évolutive, bacilloscopie positive, triangle sus-scissural droit homogène; pneumo; bon collapsus après section de brides; réaction liquidienne hémorragique.

Depuis, présence intermittente de B. K. dans l'expectoration. Etat général très médiocre.

*Antécédents familiaux :* une sœur et un frère décédés de tuberculose pulmonaire à 22 ans, un frère en bonne santé.

#### B) NEUF TUBERCULOSES ANTERIEURES A 1940.

*Deux tuberculoses cavitaires bilatérales à évolution lente, continue depuis 1939 ou 1940 :*

Obs. 27. — Bligny : B..., 28 ans :

1° Calvitie typique, ayant débuté à 21 ans, familiale.

2° Avril 1940 : hémoptysie bacillifère.

Septembre 1940 : pneumo gauche. Abandonné à la 4° insufflation.

Avril 1941 : admission à Bligny. Amaigrissement de 9 kgs depuis un an. Infiltrat du sommet gauche, creusé de deux cavités sous-claviculaires. B. K. +. Phrénicectomie gauche.

Octobre 1941 : à gauche, extension des cavités ; à droite, infiltrat du tiers moyen, suspect d'excavation. B. K. +.

Juin 1942 : quatre cavités à gauche.

Août 1942 : nettoyage à droite.

Avril 1943 : amaigrissement de 11 kgs en deux ans. Fébrile. Infiltration micro nodulaire droite.

Septembre 1943 : nouvel amaigrissement de 3 kgs. Mauvais état général. Extension bilatérale. B. K. +.

OBS. 53. — Champcueil : B..., 50 ans, Russe. Identique.

*Quatre rechutes de tuberculoses stabilisées ayant permis une reprise de travail de dix-huit mois à six ans :*

OBS. 36. — Bligny : W..., 37 ans :

1° Calvitie ayant débuté à 25 ans, hippocratique, familiale (père, cousin).

2° 1934 : « tache » du sommet droit. Une bacilloscopie positive. Dix-huit mois de repos. 7 gr. de sels d'or.

De 1936 à 1939 : reprise de travail.

1939 : hémoptysie, cure hygiéno-diététique pendant un an.

1940 : bacilloscopie négative, mais à droite grosse cavité de la base et petite cavité du sommet, phrénicectomie.

En 1942 et 1943 : présence intermittente de B. K. dans l'expectoration et bon état général, mais dès 1942 lésions excavées du lobe supérieur gauche et pneumo impossible.

Extension progressive des lésions.

OBS. 102. — Brévannes: C..., 33 ans. Identique.

OBS. 92. — Broussais: L. G..., 58 ans :

Tuberculose bilatérale ayant débuté en 1937, secondaire à un traumatisme thoracique important, avec fracture de plusieurs côtes et hémithorax.

Décès en novembre 1943.

OBS. 62. — Champcueil : F..., 33 ans :

Tuberculose ulcéro-caséuse du sommet droit stabilisée par 18 mois de cure hygiéno-diététique.

Dix-huit mois plus tard : bilatéralisation.

*Trois tuberculoses traitées trop tardivement ou incomplètement chez des malades particulièrement résistants :*

OBS. 32. — Bligny : T..., 37 ans :

1° Calvitie presque hippocratique, ayant débuté à 23 ans, familiale.

2° 1933 : hémoptysie, « tache » d'un sommet. B. K.: 0. Six mois de repos, puis reprise d'une activité normale.

1939 : B. K. +, cavité droite. Six mois de campagne, puis reprise des occupations. Aucune surveillance médicale.

Février 1942 : hémoptysie. Départ à la campagne.

Mars 1943 : admission à Bligny. B. K. +. Laryngite marquée. A droite : rétraction de l'hémithorax, déviation trachéale, très grosse cavité para-hilaire. Création d'un pneumo droit, bon collapsus.

Avril : B. K.: 0.

Mai : B. K. : 0.

Septembre : le malade a quitté Bligny dans un état grave.

OBS. 70. — Champcueil : M..., 39 ans :

1° Calvitie presque hippocratique ayant débuté à 28 ans, non familiale.

2° 1931 : toux, « lésion radiologique ». B. K. : 0. Séjour de sept mois à Praz-Coutant.

1932 à 1938 : activité normale. Pas de bacilloscopie, sauf une en 1938, qui est positive.

1939 : réformé. M. M... reprend ses occupations.

Septembre 1942 : arrêt de travail. Amaigrissement de 12 kgs. B. K. +. A droite, diaphragme surélevé, culs-de-sac émoussés, infiltrat diffus avec deux grosses cavités juxtahilaires ; à gauche, infiltrat du tiers moyen avec petite cavité para-hilaire.

Janvier 1943 : admission à Champcueil. B. K. +. 55 kgr. 800.

Juin : B. K. + constamment, poids identique, extension gauche.

Nous n'avons pas de nouvelles de M. M...

*Antécédents familiaux* : père décédé de tuberculose pulmonaire à 37 ans ; une sœur décédée de pleurésie à 48 ans.

OBS. 66. — Champcueil : M..., 40 ans, taille 1 m. 63, poids normal 62 kgs :

1° Calvitie hippocratique ayant débuté à 25 ans, non familiale.

2° 1936 : toux. B. K. +, 4 gr. d'or. Cure hygiéno-diététique pendant 15 mois.

1938 : reprise de travail, mais les bacilloscopies restent presque continuellement positives.

Mai 1942 : admission à Champcueil. Apyrexie. 53 kgs. B. K. +.

Travées fibreuses des deux lobes supérieurs creusés d'une cavité sous-claviculaire.

A droite, diaphragme festonné et cul-de-sac costo-diaphragmatique oblitéré.

Janvier 1943 : petite hémoptysie.

Mai : fébricule, bacilloscopies toujours positives, 2<sup>e</sup> cavité à droite, aspect d'ensemble plus flou.

*Antécédents personnels* : 1928 : chancre syphilitique, deux ans de traitement. B. W. négatif en 1940.

## GROUPE II

### A) CINQ TUBERCULOSES POSTERIEURES A 1940.

*Deux formes unilatérales à pneumothorax abandonné ou partiel :*

OB. 20. — La Bruyère : A..., 35 ans, taille 1 m. 65, poids normal 63 kgs :

1° Calvitie vraie en cours, ayant débuté à 25 ans, non familiale.

2° A partir d'avril 1942 : fatigue générale.

Janvier 1943 : asthénie, amaigrissement de 6 kgs (57 kgs 800), subfébrile, deux crachats hémoptoïques, toux fréquente, expectoration abondante. B. K. + (homo).

Lobite du sommet droit excavée à tendance rétractile, avec semis de la base.

Mars : pneumo droit abandonné (inefficace). B. K. + (examen direct) constamment.

Septembre : crachats rouges à trois reprises.

Octobre : phrénicectomie droite.

Novembre : B. K. + 60 kgs 900.

*Antécédents familiaux* : un frère traité pour tuberculose pulmonaire depuis cinq ans.

OBS. 69. — Champcueil : M..., 36 ans. Identique.

*Une observation également de tuberculose unilatérale à pneumo symphysé, mais qui nous a semblé particulièrement intéressante à rapporter indépendamment de la calvitie précoce en raison des manifestations rénales entraînées par l'intolérance aux sulfamides :*

OBS. 23. — La Bruyère : D..., agent hospitalier, 34 ans, taille 1 m. 70, poids normal 62 kgs :

1° Calvitie ayant débuté à 19 ans, typique dès l'âge de 30 ans, familiale.

2° Mars 1941 : M. D... est rapatrié d'Allemagne à titre sanitaire.

Septembre : fatigue, sueurs nocturnes.

Novembre : B. K. +. Petit infiltrat du tiers moyen du poumon gauche. M. D... se repose chez lui et ne fait pas créer le pneumo qui lui a été conseillé à Laennec.

Janvier 1942 : image radiologique identique. B. K. +.

Mars : grosse cavité de la taille d'une pièce de 5 fr. au niveau de l'infiltrat gauche.

Avril : admission à La Bruyère. B. K. +. 62 kgs 100. Création d'un pneumo gauche, bon collapsus.

Juillet : B. K. — (examen direct).

Septembre : B. K. + (homo).

26 octobre : extraction dentaire.

3 novembre : frissons, malaise, température.

7 novembre : épanchement pleural gauche puriforme. Le liquide ne contient pas de germes, mais quelques leucocytes.

11 novembre : état général très grave. Liquide de ponction extrêmement riche en staphylocoques.

Erythème urticarien, faisant interrompre le traitement sulfamidé commencé cinq jours auparavant et ayant totalisé 32 comprimés de Rubiazol *per os* et une ampoule injectée dans la plèvre.

13 novembre : mise en place d'une sonde pleurale à demeure.

De novembre à janvier : malgré des lavages pleuraux répétés avec des solutions du Lugol, de Dakin et de sérum physiologique, le liquide reste très purulent et se reproduit très rapidement ; évacuation quotidienne de 150 cm<sup>3</sup> environ.

Dans l'expectoration : B. K. + (homo). La température commence à baisser.

Du 15 janvier au 16 février 1943 : six lavages pleuraux avec une solution de mercurochrome à 1/1.000, complétés au cours des 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> lavages par une injection de 5 cm<sup>3</sup>, puis de 10 cm<sup>3</sup> de solution à 1/100. Ce traitement entraîne la disparition progressive puis totale des staphylocoques et tarit la suppuration.

Fin février : le pyothorax est considéré guéri.

Fin mars : reprise de poids importante. Permission autorisée.

Avril : apyrexie. B. K. — (homo). 57 kgs 300.

Juin : deux ponctions pleurales blanches.

11 juillet : 39°5. Réapparition du liquide pleural très riche en staphylocoques.

19 juillet : après l'administration de 42 comprimés de Thiazomide en six jours (4-10-10-8-6-4), baisse de la température, mais apparition de coliques et de trois selles diarrhéiques, dont une sanglante.

20 juillet : prostration importante, teint terreux, intolérance gastrique absolue, douleurs abdominales intenses, trois selles sanglantes.

26 juillet : œdèmes des paupières et des membres inférieurs. Dans les urines : albumine, cylindres et hématies. T.A. : 15-9. Urée sanguine : 0,80. Disparition de l'épanchement.

Depuis, la néphrite aiguë est passée à l'état chronique. M. D... garde une urée sanguine à 0,75.

Etat pulmonaire stationnaire, présence de B. K. dans l'expectoration.

*Deux observations de tuberculose bilatérale d'emblée :*

OBS. 24. — La Bruyère : A..., 52 ans, taille 1 m. 61, poids normal 60 kgs :

1° Calvitie non familiale ayant débuté à 25 ans, constituée en trois ans. Hippocratique.

2° Janvier 1943 : B. K. +, examen fait à l'occasion d'un épisode pulmonaire aigu avec amaigrissement ; poids : 50 kgs.

Tuberculose ulcéro-fibreuse des deux sommets.

Décembre 1943 : prise de poids importante (68 kgs). Bon état général. Etat pulmonaire identique.

Constamment B. K. +.

OBS. 18. — La Bruyère : M..., 38 ans, taille 1 m. 75, poids normal 68 kgs :

1° Calvitie hippocratique ayant débuté à 20 ans, non familiale.

2° Mars 1942 : après trois mois de séjour au camp de Compiègne, M. M... est libéré pour « anémie et amaigrissement de 12 kgs ». Subfébrile, toux discrète. B. K. +. Lésions diffuses étendues aux deux champs pulmonaires avec prédominance gauche.

Mai : pneumo gauche bridé au sommet, montrant une cavité sous-claviculaire.

Juillet : admission à La Bruyère. Retour au poids normal. B. K. 0.

Août : petite réaction liquidienne.

Novembre : pyothorax bacillifère ponctionné à trois reprises.

De novembre 1942 à juillet 1943 : B. K. : 0, sauf en février et en avril.

Août : symphyse pleurale gauche. B. K. +.

Décembre : reste B. K. +, état pulmonaire inchangé.

*Antécédents familiaux* : mère décédée de laryngite tuberculeuse en 1912.

*Antécédents personnels* : 1912, séjour en préventorium.

#### B) DIX TUBERCULOSES ANTERIEURES A 1940.

*Une tuberculose bilatérale mal stabilisée par huit ans de cure hygiéno-diététique et un pneumo partiel :*

Obs. 43. — Champcueil : S..., 39 ans, taille 1 m. 65, poids normal 64 kgs :

1° Calvitie hippocratique ayant débuté à 20 ans, constituée en trois ans.

2° De 1933 à 1935, M. S... est suivi par un dispensaire de l'O. P. H. S. pour phénomènes pleuro-pulmonaires discrets.

Pas d'arrêt de travail.

Mai 1935 : expectoration hémoptoïque.

De juin 1935 à août 1939 : présence intermittente de bacilles dans l'expectoration. Cure hygiéno-diététique.

Septembre 1939 : pneumo gauche partiel.

Mai 1940 : admission à Champcueil. B. K. +. Petite

cavité rétro-claviculaire gauche visible sous un pneumo peu efficace ; petite cavité sous-claviculaire droite.

1941 : symphyse pleurale gauche.

Avril 1943 : extension de la cavité droite.

Septembre : bon état général, expectoration hémoptoïque. Bacilloscopie négative, les précédentes avaient été le plus fréquemment positives depuis 1940.

*Antécédents personnels* : typhoïde en 1924.

*Une autre observation identique chez un malade de 39 ans dont la cure hygiéno-diététique n'a été entreprise qu'en 1940 malgré deux hémoptysies en 1938 et 1939 (observation 99, Brévannes).*

*Quatre rechutes de tuberculoses, dont les premières manifestations entre 1929 et 1936 ont cédé au traitement et ont permis une reprise de travail de trois à huit ans :*

OBS. 52. — Champcueil : A..., 30 ans, chauffeur, taille 1 m. 79 :

1° Calvitie presque hippocratique ayant débuté à 20 ans, familiale (père, un frère).

2° 1934 : à l'occasion de la tuberculose d'un frère, examen systématique : B. K. +. Pneumo gauche complété par une section de brides.

Jusqu'en 1937 : cure hygiéno-diététique ; les bacilloscopies sont tantôt positives, tantôt négatives.

De 1937 à 1940 : B. K. : 0. Reprise de travail.

1940 : pneumo droit, section de brides.

De 1940 à 1943 : bacilloscopies positives intermittentes.

Janvier 1943 : admission à Champcueil. B. K. +. A droite : cavité sous-claviculaire visible sous le pneumo,

réaction liquidienne de la base. A gauche : tuberculose guérie.

Juin 1943 : état stationnaire.

*Antécédents familiaux* : un frère décédé de tuberculose pulmonaire à 33 ans.

*Trois autres observations identiques, à la seule différence que pour d'eux d'entre elles les symptômes de la première atteinte ont été discrets avec bacilloscopies négatives.*

*Dans les quatre derniers cas de ce groupe, la chronicité de l'affection, malgré les imprudences commises et une thérapeutique parfois fantaisiste, nous semble le témoignage d'un terrain vraiment peu favorable au développement du bacille tuberculeux :*

OBS. 15. — La Bruyère : D..., photographeur, 35 ans, taille 1 m. 70, poids normal 60 kgs :

1° Calvitie hippocratique ayant débuté à 20 ans, familiale (père).

2° Septembre 1935 : amaigrissement, épisode fébrile. M. D... est hospitalisé à Laennec. B. K. +.

Gros bloc de condensation occupant les deux tiers supérieurs du poumon droit, à limite inférieure très floue.

29 octobre : création d'un pneumo, efficace malgré une large adhérence apicale.

Janvier 1936 : M. D... entre à La Bruyère, ayant repris 5 kgs depuis la création du pneumo (poids 60 kgs 150), apyrétique. B. K. +.

Jusqu'en mai 1936 : B. K. +.

De mai 1936 à janvier 1937 : bacilloscopies positives intermittentes. Ensuite : B. K. — (homo).

Mai 1937 : M. D... est autorisé à quitter La Bruyère pour poursuivre quelques mois encore son repos en cure libre.

Septembre 1937 : reprise de travail. M. D... est suivi à l'Hôpital Cochin, où son pneumo est régulièrement entretenu.

Mai 1942 : un crachat hémoptoïque.

Juin 1942 : B. K. +. Amaigrissement (poids 53,100).

A gauche : infiltrat du sommet, avec, en son centre, une plage claire.

A droite : pneumo partiel, un semis de grains de plomb au niveau des deux tiers supérieurs du poumon.

Déviation trachéale très marquée.

Cul-de-sac costo diaphragmatique émoussé.

Novembre 1942 : M. D... entre de nouveau à La Bruyère, où est créé un pneumo gauche adhérent largement au sommet. Bon état général. Poids : 58 kgs 100.

Apyrexie. B. K. +.

De décembre 1942 à juillet 1943 : B. K. + constamment, sauf en avril.

Le poids se maintient aux environs de 55 kgs.

Août : cavité rétro-claviculaire gauche.

M. D... est envoyé à Tenon pour thoracoplastie. Les deux temps sont très bien supportés.

Novembre : retour à La Bruyère. Poids 55 kgs 300.

Bon état général.

La cavité est affaissée sous la thoracoplastie.

Une bacilloscopie a été négative après le 2<sup>e</sup> temps.

*Antécédents personnels* : tendance à la psychasthénie.

Ictère en 1919.

*En résumé :* Tuberculose unilatérale très sérieuse en 1937, traitée par deux ans de cure hygiéno-diététique et un pneumothorax efficace, quoique partiel. Guérison complète.

Bilatéralisation en 1942. Thoracoplastie très bien supportée avec bon résultat local, mais trop récente pour que l'on puisse juger de son action.

OBS. 56. — Champcueil : S..., 37 ans, tailleur, Polonais, taille 1 m. 59, poids normal 58 kgs :

1° Calvitie presque complète ayant débuté à 25 ans, familiale (père, oncles maternels).

2° 1937 : B. K. + en ville. Cure sanatoriale dans divers établissements, dont Hauteville, où un pneumo droit est créé en janvier 1939 ; mais inefficace, il est interrompu dix mois plus tard.

Malgré des bacilloscopies continuellement positives depuis 1937, reprise de travail pendant un an, de 1940 à 1941.

Novembre 1941 : M. S... est hospitalisé à Saint-Antoine, d'où il est dirigé sur Champcueil.

En février 1942, à son admission : apyrétique, poids 55 kgs 300. Toux très fréquente. B. K. +.

A droite : ascension du diaphragme. Infiltrat non homogène sus et sous-claviculaire creusé d'une cavité (2 frs) rétro-claviculaire. Déviation trachéale très marquée.

A gauche : aspect en taille de filet du sommet.

Mai 1943 : B. K. +. 53 kgs.

A droite : même aspect radiologique.

A gauche : quelques travées fibreuses.

Depuis, M. S... a quitté Champcueil par mesure disciplinaire.

*Antécédents familiaux* : père décédé tuberculeux à 41 ans, malade six ans. Trois collatéraux en bonne santé.

*Antécédents personnels* : bronchites.

*En résumé* : tuberculose bilatérale très bien supportée malgré des bacilloscopies continuellement positives depuis le début de l'affection en 1937 et une reprise de travail pendant un an.

OBS. 17. — La Bruyère : J..., 34 ans, taille 1 m. 71, Poids normal 75 kgs environ, mais a pesé jusqu'à 82 kilos :

1° Calvitie ayant débuté à 25 ans, lentement progressive. Sinus fronto-temporaux très dégagés.

2° 1928 : hémoptysie non bacillifère à la suite d'un plongeon ; six mois de repos.

1930 : pris service armé.

1935 : tuberculose du sommet gauche. B. K. + (en petit nombre, dit le malade), présence intermittente au cours des neuf mois de séjour sanatorial.

1936 : reprise de travail.

1937 : suppression du taux d'incapacité de 65 % accordé par les assurances sociales en 1935.

Janvier 1940 : petite hémoptysie, une semaine de repos.

Avril : interné à la Santé, puis en camp de concentration.

Octobre : reprise de travail.

Novembre : hospitalisé à Laennec pour pleurésie séro-fibrineuse droite et tuberculose cavitaire de la région sous-claviculaire postérieure droite. Petite tache à la partie moyenne du poumon gauche. B. K. : 0 (homo).

Apyrétique. Vitesse de sédimentation : 25, 53, 108.

Pneumo séreuse impossible.

Février 1941 : admission à La Bruyère. 70 kgs 100, apyrétique. B. K. : 0 (homo).

Juillet : quitte La Bruyère. Poids : 74 kgs 900. Tuberculose stabilisée.

Août : reprise de travail.

Novembre : part en Allemagne comme travailleur.

Février 1942 : M. J... fournit 85 heures de travail par semaine.

Juillet : rapatrié. B. K. : 0 (homo). Opacité bi-apicale hétérogène occupant les trois premiers espaces.

M. J... part à Dax pour se reposer.

Décembre : visite de surveillance au dispensaire Léon-Bourgeois. Bon état général, toux et expectoration discrètes. B. K. + (homo).

Spélonque sous-claviculaire droite et infiltration non homogène sous-claviculaire gauche.

Février 1943 : admis à La Bruyère.

Légère augmentation de la cavité rétro-claviculaire.

Mars 1943 : caverne à la partie moyenne du poumon gauche (5 frs au moins).

Amélioration droite.

Avril : création d'un pneumo gauche qui reste partiel malgré une section de brides ; bon collapsus du lobe inférieur.

Décembre : poids stationnaire aux environs de 74 kgs. Bacilloscopies le plus souvent positives.

*Antécédents familiaux* : père décédé de tuberculose pulmonaire à 25 ans.

*Antécédents personnels* : typhoïde larvée en 1934.

*En résumé* : tuberculose unilatérale gauche bacillifère en 1935, stabilisée par neuf mois de C. H. D. Première rechute bacillifère en 1940, malgré un retard de cinq mois apporté à la C. H. D., stabilisation par cinq

mois de séjour à La Bruyère. Deuxième rechute en 1942, paucibacillifère, à la suite d'un travail excessif pendant plusieurs mois.

OBS. 94. — Broussais : F..., Russe, chauffeur, 48 ans :

1° Calvitie hippocratique ayant débuté à 22 ans, familiale.

2° 1929 : fièvre, amaigrissement, hémoptysie bacillifère. Lésions radiologiques impossibles à préciser. Un traitement par irradiations spléniques est entrepris et poursuivi pendant deux années, au cours desquelles M. F... reprend son travail de chauffeur de taxi de nuit.

1931 : reprise de poids de 14 kgs. Bon état général. Pas de bacilloscopie.

1933 : reprise de la toux, de l'expectoration, de la fièvre. B. K. +. M. F... continue à travailler, en se faisant traiter par des injections intratrachéales.

De 1934 à 1940 : la toux persiste, pas de bacilloscopie, pas de traitement, pas d'arrêt de travail.

1940 : asthénie, toux très fréquente, B. K. +, pas d'arrêt de travail.

1942 : B. K. +, pas d'arrêt de travail.

Janvier 1943 : température aux environs de 38°. Hospitalisation à Broussais. B. K. +. A droite : infiltrat non homogène sus et sous-claviculaire (lobite déjà rétracée ?) et quelques taches floues diffuses dans le reste du parenchyme. A gauche : pas d'anomalie.

Création d'un pneumo qui adhère largement au sommet.

De février à septembre, les bacilloscopies restent positives. Bon état général. Apyrexie.

Octobre : M. F... part en sanatorium.

*Antécédents personnels* : 1935, syndrome de Parkinson, secondaire à un épisode grippal d'une huitaine de jours.

*En résumé* : tuberculose unilatérale probablement constamment bacillifère depuis 1929, dont la cure n'a été entreprise qu'en 1943.

### GROUPE III

#### A) TROIS TUBERCULOSES POSTÉRIEURES A 1940.

OBS. 96. — Broussais : S..., 44 ans, ferrailleur :

1° Calvitie hippocratique constituée en quelques mois à l'âge de 20 ans, non familiale.

2° Mars 1943 : M. S... part comme travailleur en Allemagne.

Mai : rapatrié ; gros amaigrissement, asthénie importante, température aux environs de 39°, toux très fréquente, expectoration abondante bacillifère. A droite : séquelles pleurales, taches et marbrures avec vastes images de désintégration dans les deux tiers supérieurs du parenchyme. A gauche : infiltrat du sommet creusé de trois microcavités.

Juillet : température aux environs de 38°, avec quelques crochets à 39°. B. K. +.

Septembre : température à 38°. B. K. — (examen direct). Prise de poids de 7 kgs. Amélioration radiologique, les images ont des contours moins floues.

Janvier 1944 : la température reste aux environs de 38° ; nouvelle prise de poids de 3 kgs, bon état général. B. K. + (examen direct).

*Antécédents personnels* : 1918, séjour en Syrie (dix-huit mois) ; 1925, pleurésie droite non ponctionnée. Quinze jours de repos.

*En résumé* : tuberculose excavée bilatérale grave, dont le pronostic vital reste encore sombre, mais qui semble cependant en voie de stabilisation.

OBS. 71. — Champcueil : C..., 45 ans, taille 1 m. 77, poids normal 63 kgs :

1° Calvitie hippocratique à 40 ans, constituée en dix ans, familiale.

2° De 1921 à 1929 : suivi régulièrement pour toux et expectoration, bacilloscopies toujours négatives.

Octobre 1942 : bacilloscopie positive.

Graphie : à gauche : travées fibreuses et calcifications ; à droite : scissurite.

Décembre : admission à Champcueil ; une bacilloscopie négative.

Janvier 1943 : trois bacilloscopies positives, dont une devant témoins.

Février 1943 : reprise de poids de 3 kgs ; tomographie : pas de cavités ; bronchoscopie négative.

Avril 1943 : stationnaire.

*Antécédents personnels* : hernie inguinale droite opérée en 1917.

Pensionné depuis 1921 pour « sclérose pulmonaire ».

*En résumé* : tuberculose très discrète bacillifère intermittente.

OBS. 75. — Laennec : O..., 32 ans, boulanger :

1° Calvitie hippocratique ayant débuté à 22 ans et constituée en un an.

2° 1940 : prisonnier, M. O... travaille en Pologne comme docker.

Août 1941 : fatigue, anorexie, température probable.

Septembre : hospitalisé pour pleurésie gauche non vérifiée par ponction. Reprise de poids.

Novembre : B. K. : 0.

Décembre : rapatrié. M. O... se repose chez lui pendant trois mois, puis prend sans avis médical un travail de maçon à la campagne. Excellent état général.

Mai : examen médical par la Commission de réforme. B. K. : 0. Scopie : 0. Réformé à 10 %.

Juillet : nouvel examen de la Commission ; pas de bacilloscopie. Quelques taches « anciennes » sont signalées au sommet gauche. Taux de réforme à 15 %.

Octobre : M. O... trouvant le taux de réforme trop bas, demande un nouvel examen. Excellent état général. Légers accès de toux après de gros efforts, B. K. +. Réformé à 100 %.

Repos à la campagne.

Décembre : B. K. +. A gauche : diminution de la transparence de presque tout l'hémithorax. Calcifications. Images suspectes de désintégration parahilaires. Cul-de-sac costo diaphragmatique comblé. A droite : quelques taches suspectes parahilaires.

Février 1943 : M. O... entre à Laennec pour examens complémentaires. Tomographie. A 8 cm. et 10 cm. du plan postérieur, images de désintégration à gauche. Vitesse de sédimentation normale (4, 11, 56) ; excellent état général, température normale. Prise de poids. Tension artérielle : 15-8 1/2. Quelques accès de toux seulement le matin au réveil. B. K. +.

Trois tentatives infructueuses de pneumo gauche.

M. O... repart à la campagne pour continuer à se reposer.

*En résumé* : tuberculose bilatérale torpide chronique.

B) CINQ TUBERCULOSES ANTERIEURES A 1940.

*Deux tuberculoses bi-apicales fibro-ulcéreuses découvertes par un examen systématique à l'occasion d'une intervention pour fistule anale et par le service de dépistage du chômage chez des malades de cinquante et cinquante-trois ans (observation 100 et observation 41).*

*Une tuberculose bilatérale importante ayant débuté entre 1935 et 1939 en voie de stabilisation par la seule cure hygiéno-diététique :*

OBS. 105. — Brévannes : K..., ouvrier agricole, 39 ans :

1° Calvitie non familiale, ayant débuté à 30 ans, presque hippocratique à 37 ans.

2° 1935 : hémoptysie.

1939 : hospitalisation à Laennec pour opacité non homogène du lobe supérieur droit, avec pachypleurite rétractile et caverne du tiers moyen du poumon gauche. B. K. +. Tentatives infructueuses de création de pneumo gauche. Séjour au sanatorium d'Arnières. Sels d'or. Les bacilloscopies restent positives pendant neuf mois.

1940 : nouvelle hospitalisation à Laennec pendant deux mois (de juillet à septembre). Sur cinq bacilloscopies, après homogénéisation quatre sont négatives. Bon état général. M. K... est dirigé sur Brévannes. A son admission : B. K. +, très grosse cavité sous-claviculaire bilatérale et persistance d'un infiltrat du sommet droit.

1941 : deux hémoptysies.

1942 : une bacilloscopie négative. Grosse rétraction de l'hémithorax droit. Diminution importante du volume des cavernes.

En 1943 : B. K. +. L'amélioration radiologique se poursuit.

*Antécédents personnels* : 1941 : noyau de la queue de l'épididyme gauche ; 1942 : noyau de la queue de l'épididyme droit.

*Deux tuberculoses cavitaires unilatérales :*

OBS. 30. — Bligny : S..., 50 ans :

1° Calvitie complète, ayant débuté à 20 ans, non familiale.

2° 1931 : hémoptysie bacillifère ; quelques mois de repos.

Mars 1942 : B. K. +. A gauche : opacité non homogène du sommet et cavité sous-claviculaire. A droite : très discrète opacité du sommet.

Septembre : création d'un pneumo gauche. Bon collapsus.

Avril 1943 : admission à Bligny. B. K. : 0. 59 kg. 800.

Juin : B. K. : 0. Reprise de poids de 3 kgs.

Septembre : M. S... a dû quitter Bligny pour régler des affaires de famille à la suite d'un bombardement.

Décembre : B. K. +. M. S... doit repartir en sanatorium

*Antécédents familiaux* : père décédé de tuberculose pulmonaire à 47 ans.

*En résumé* : première atteinte pulmonaire bacillifère en 1931. En 1942 : rechute favorisée par les restrictions, tuberculose cavitaire unilatérale bien influencée par un pneumo efficace.

OBS. 91. — Broussais : B..., 43 ans :

1° Calvitie très accusée à 35 ans, hippocratique actuellement, non familiale.

2° 1930 : six mois d'hospitalisation à Beaujon pour « pleurite » gauche et « voile » du poumon sous-jacent. B. K. : 0 (homo).

Trois mois de convalescence à Champrosay. Le malade sort sur sa demande pour reprendre son travail.

1931 : abcès froids de l'hémithorax gauche qui se fistulisent. Hospitalisation sept mois, séjour à Berck treize mois. B. K. : 0.

1933 : reprise de travail.

1935 : toux, amaigrissement. B. K. +. Lésion gauche non cavitaire, peu étendue. Tentative infructueuse de pneumo. Phrénicectomie. Quinze mois de séjour sanatorial. B. K. : 0, à partir du 8° mois.

1938 : toux. B. K. +. Grosse cavité sous-claviculaire gauche et infiltrat diffus du parenchyme.

Poumon droit indemne ; cure hygiéno-diététique à Champcueil, puis à Brévannes.

1943 : notable amélioration radiologique. B. K. + constamment depuis 1938.

*En résumé* : tuberculose dont le début remonte à 1930. Premières manifestations pleurales, puis osseuses. Première atteinte pulmonaire gauche bacillifère en 1935, stabilisée deux ans, après quinze mois de cure hygiéno-diététique et une phrénicectomie. Rechute en 1938 ; tuberculose cavitaire gauche constamment bacillifère, en voie de stabilisation.

#### GROUPE IV

##### A) SIX TUBERCULOSES POSTERIEURES A 1940.

###### *Deux formes unilatérales :*

OBS. 42. — Champcueil : E..., 47 ans, 1 m. 75 :

1° Calvitie presque complète, non familiale, ayant débuté à 23 ans, constituée en deux ans.

2° Août 1942 : fatigue, toux, expectoration.

Novembre : expectoration hémoptoïque. B. K. +.

A droite : opacité non homogène du sommet. Images micro-nodulaires disséminées. M. E... demande à attendre pour la création du pneumo proposé.

Janvier 1943 : admission à Champcueil. 65 kgs. Apyrétique. B. K. +.

Octobre : M. E... est toujours à Champcueil. Bon état général. 73 kgs 600. B. K. : 0 depuis avril.

*En résumé* : tuberculose unilatérale en voie de stabilisation sous l'influence de la cure hygiéno-diététique, la création du pneumo proposé ayant été différée à la demande du malade.

OBS. 74. — Laennec : P..., 32 ans, retoucheur :

Tuberculose cavitaire unilatérale bien influencée par un pneumothorax efficace.

*Quatre formes bilatérales d'emblée :*

OBS. 11. — La Bruyère : L..., 27 ans, taille 1 m. 74 :

1° Séborrhée très marquée, chute de cheveux depuis un an. Angles fronto-temporaux dégarnis. Pas de calvitie familiale.

2° Mai 1942 : fatigue, amaigrissement de 6 kgs en deux ans. Hospitalisation à l'Hôtel-Dieu pour tuberculose pulmonaire bilatérale excavée des sommets. B. K. +.

30 juin : création d'un pneumo droit.

6 juillet : création d'un pneumo gauche.

Septembre : section de brides à gauche. Admission à La Bruyère. Apyrexie. B. K. : 0 (homo). 59 kgs 100. Bon collapsus bilatéral.

Avril 1943 : on ne voit plus la cavité droite sous le collapsus. B. K. : 0 (homo) constamment.

Décembre : 68 kgs 700. Bacilloscopies toujours négatives.

Obs. 63. — Champcueil : P..., 31 ans :

Tuberculose biapexienne ulcéro-caséreuse à prédominance droite, ayant débuté en avril 1942, bacillifère cinq mois (examen direct).

Obs. 44. — Champcueil : N..., 43 ans :

Tuberculose fibreuse biapexienne, bacillifère deux mois (examen direct) ayant débuté en novembre 1942.

Obs. 98. — Brévannes : Q..., 62 ans. Identique.

#### B) HUIT TUBERCULOSES ANTERIEURES A 1940.

*Une tuberculose bilatérale fibro-ulcéreuse étendue à date de début imprécise traitée par cure hygiéno-diététique depuis 1939 :*

Obs. 65. — Champcueil : A..., 34 ans, Tunisien, taille 1 m. 65, poids normal 65 kgs :

1° Calvitie non familiale ayant débuté à 27 ans, presque complète.

2° Depuis 1938 : tuberculose verruqueuse de la main droite.

Janvier 1939 : fatigue, toux, B. K. +. Divers séjours sanatoriaux depuis cette date.

Octobre 1941 : admission à Champcueil. 60 kgs, apyrétique, toux discrète. B. K. + (examen direct). « Voiles » et marbrures des deux tiers supérieurs des deux

champs pulmonaires. Cavité parahilaire gauche. Surélévation du diaphragme droit.

Depuis juillet 1942 : B. K. : 0 (examen direct) sauf en avril 1943.

Septembre 1943 : régression radiologique, 58 kgs 700.

*Trois formes bilatéralisées, après une période de stabilisation de trois à six ans :*

OBS. 33. — Bligny : B..., chansonnier, 49 ans, taille 1 m. 63 :

1° Calvitie presque complète ayant débuté à 20 ans, familiale (père).

2° 1939 : pneumo droit efficace créé pour une lésion dont nous ignorons le type, mais bacillifère. B. K. : 0 trois mois après la création du pneumo. Séjour sanatorial de neuf mois, puis reprise de travail. M. B... est suivi par le dispensaire O.P.H.S. de son quartier, où son pneumo est régulièrement insufflé.

Fin 1942 : poussée évolutive gauche. Une cavité sous-claviculaire (1 fr.) et une cavité parahilaire (2 fr.). Sub-fébrile. B. K. +: 46 kgs 200.

En janvier 1943 : admission à Bligny. B. K. +.

Mars : création d'un pneumo gauche efficace. B. K. : 0 depuis.

Septembre : bon état général. 57 kgs.

OBS. 61. — Champcueil : L..., 31 ans. Identique.

OBS. 104. — Brévannes : X..., 36 ans. Identique.

*Une autre forme bilatéralisée, mais avec une reprise de travail très courte en 1941 :*

OBS. 68. — Champcueil : D..., 30 ans.

*Une tuberculose bilatérale d'emblée :*

OBS. 103. — Brévannes : D..., imprimeur, 32 ans :

1° Calvitie très avancée ayant débuté vers 25 ans, familiale (père).

2° 1935 : toux, fatigue, graphie systématique pour le service militaire, lésion gauche. M. D... est réformé ; à son retour, il ne consulte pas et reprend son travail pendant six mois.

En novembre : fatigue intense, toux et expectoration l'obligent à se reposer et il consulte à l'Hôpital Cochin.

Janvier 1936 : B. K. +. Pneumo gauche.

Avril : admis à Brévannes. B. K. +.

Pneumo gauche grand partiel efficace. A droite : quelques taches disséminées au niveau du lobe supérieur, petites images de désintégration sous la clavicule.

1937 et les premiers mois de 1938 : B. K. : 0.

A partir de septembre 1938 : bacilloscopies toujours très positives.

1940 : cavité sous-claviculaire droite. Pneumo droit.

Novembre 1940 : B. K. : 0 (examen direct).

Février 1941 : une bacilloscopie positive. Depuis, B. K. : 0 (examen direct) continuellement.

Septembre 1943 : les deux pneumos sont régulièrement entretenus, les collapsus sont difficiles à préciser sur les graphies. Bon état général.

*Antécédents personnels :* Mars 1941 : métabolisme de base de plus de 64 %.

*Deux tuberculoses bilatérales traitées, l'une par association d'un pneumo extra-pleural à un pneumo-thorax pleural, l'autre par une thoracoplastie :*

OBS. 40. — Champcueil : P..., 31 ans, 1 m. 68 :

1° Calvitie presque complète, à évolution rapide, ayant débuté à 28 ans, familiale (deux frères).

2° 1932 : toux, expectoration, fatigue, pour lesquelles M. P... ne consulte pas.

1935 : hospitalisé à La Charité trois mois pour « tuberculose ulcéro-caséuse droite ».

B. K. +.

Départ à Saint-Hilaire-du-Touvet en août 1935, où l'on fait une tentative infructueuse de pneumo droit. Le climat est mal supporté. Température, expectoration hémoptoïque.

En janvier 1936 : admission à Champcueil.

65 kilos. B. K. +.

Infiltrat étendu des deux tiers supérieurs du poumon droit, avec grosse cavité sous-claviculaire.

Déviation trachéale droite.

Mai : 63 kgs. B. K. +.

Petite cavité sous-claviculaire gauche.

Grisaille du sommet.

Juin 1937 : 67 kgs 100. B. K. +.

Régression radiologique.

Calcifications.

Déviation médiastinale droite.

Diminution du volume des cavités.

Octobre : 76 kgs 600. B. K. +.

Régression radiologique.

Février 1938 : 81 kgs. B. K. : 0 (examen direct).

Mai : rétraction du lobe supérieur droit, la cavité droite diminuée de volume est devenue rétro-claviculaire. Quelques calcifications et travées à la place de l'infiltrat. B. K. : 0.

Mars 1939 : B. K. : 0 (examen direct) continuellement depuis février 1938.

Création d'un pneumo extra pleural droit bloqué à l'huile.

Juillet 1939 : le malade quitte Champcueil et travaille pendant deux ans et demi.

Janvier 1942 : B. K. +.

Evolution ulcéro-caséuse du sommet gauche.

Pneumo, section de brides, bon collapsus.

Septembre 1943 : B. K. : 0 (examen direct) depuis huit mois.

Pneumo régulièrement insufflé.

Bon état général, 62 kilos.

Obs. 60. — Champcueil : B..., 38 ans, monteur en chauffage, taille 1 m. 63 :

1° Calvitie hippocratique ayant débuté à 27 ans, non familiale.

2° Mai 1937 : toux, fatigue. Hospitalisation à Laennec à l'occasion d'un épisode pulmonaire aigu. A gauche : infiltrat du sommet et excavation sous-claviculaire. B. K. + (tubage).

Création d'un pneumo contro-électif

Novembre : pyothorax gauche bacillifère. Lavages de plèvre.

Décembre : admission à Champcueil. Déviation marquée de la trachée vers la gauche. Symphyse pleurale gauche, sauf au niveau du tiers moyen. Images ulcéro-nodulaires sous-claviculaires. B. K. +.

Juillet 1940 : B. K. : 0 (homo).

Accentuation de la déviation du médiastin vers la gauche. Régression d'un léger infiltrat sous-claviculaire droit.

Novembre: B. K. : 0. Sur une tomographie, découverte d'une caverne à 11 cm. sous la clavicule. Thoracoplastie.

Avril 1942 : reprise de travail.

Janvier 1943 : B. K. +. Sur une tomographie, cavité droite visible derrière la clavicule.

Pneumo proposé au malade, qui demande à attendre.  
Admission à Champcueil.

Septembre : B. K. : 0 (homogénéisation).

Bon état général.

*Antécédents familiaux* : une sœur décédée de tuberculose pulmonaire à 28 ans.

## GROUPE V

### SIX TUBERCULOSES RADIOLOGIQUES A EXPECTORATION NON BACILLIFERE.

*Deux observations de tuberculose fibreuse bi-apexienne :*

OBS. 49. — Champcueil : R..., 35 ans, taille 1 m. 71 :

1° Calvitie ayant débuté à 25 ans, bien caractérisée.

2° Juillet 1942 : hémoptysie, quelques jours de repos.

Janvier 1943 : fatigue, admission au sanatorium de Saint-Martin-du-Tertre.

Mars : admission à Champcueil ; semis nodulaire biapexien à prédominance gauche.

B. K. : 0 (homo et culture).

Septembre : quelques crachats hémoptoïques. B. K. : 0.

OBS. 101. — Brévannes : G..., 69 ans :

Radiographie faite en 1937 à l'occasion d'un amaigrissement important. Hospitalisation depuis cette date.

*Deux découvertes d'examen systématique :*

OBS. 6. — La Bruyère : S..., 41 ans, 1 m. 75, 57 kgs (poids normal) :

1° Calvitie presque complète depuis l'âge de 36 ans, ayant débuté à 25 ans. Familiale (un frère).

2° Février 1943 :: M. S... entre à Tenon pour funiculite.

Découverte d'une hydronéphrose droite.

Une radiographie systématique montre une diminution de transparence du sommet droit.

Avril : admission à La Bruyère.

Ni toux, ni expectoration. 55 kgs 700.

B. K. : 0 (homo).

Calcifications hilaires à gauche.

Diaphragme droit irrégulier.

Petite tache de la base.

Testicule droit en cimier de casque et sensible.

Examen d'urine négatif.

Août : B. K. : 0 (homo). 57 kgs. M. S... quitte La Bruyère pour reprendre un travail peu pénible.

*Antécédents personnels* : chancre syphilitique en 1942.

OBS. 97. — Broussais : P... ,48 ans, Russe :

2° Avril 1943 : examen systématique d'embauche en Allemagne.

Toux, expectoration, amaigrissement.

Rapatriement en France pour lésions radiologiques.

1° Calvitie hippocratique ayant débuté à 25 ans, rapidement constituée, non familiale.

Au dispensaire Léon-Bourgeois, B. K. : 0, semis sus et sous-claviculaire en partie calcifié.

Mai : pleurésie séro-fibrineuse gauche évacuée à deux reprises. Liquide de ponction riche en lymphocytes, sans germes.

Pneumoséreuse très partielle abandonnée.

B. K. : 0 (tubage).

*Deux observations chez des sujets très jeunes :*

OBS. 19. — La Bruyère : F..., 25 ans, coiffeur, taille 1 m. 67 :

1° Calvitie déjà avancée ayant débuté à 19 ans, familiale (grand-père, père, frère, chauves à 30 ans).

2° Avril 1943 : point de côté, asthénie.

M. F... consulte à Saint-Antoine. B. K. : 0 (tubage).

A droite, petit infiltrat sous-claviculaire externe, de la taille d'une pièce de 5 francs environ.

Mai : admission à La Bruyère. 53 kgs 800. Ni toux, ni expectoration.

Juillet : régression de l'infiltrat.

Novembre : M. F... quitte La Bruyère. B. K. : 0 (tubage). Poids identique.

*Antécédents personnels* : appendicectomie, bronchite.

OBS. 73. — Laennec : K..., 21 ans, taille 1 m. 73 :

1° Chute des cheveux depuis l'âge de 18 ans. Angles fronto-temporaux très dégarnis. Pas de calvitie familiale.

2° Février 1943 : toux, fatigue, amaigrissement.

Mars : épisode pulmonaire aigu fébrile rapidement amélioré par un traitement sulfamidé.

Cependant, M. K... reste subfébrile; il présente un point de côté gauche très douloureux quelques jours et rejette un caillot de sang pur.

A la radiographie, infiltrat à type de marbrures de la moitié supérieure du poumon gauche et de la région sous-claviculaire droite.

En outre, à droite, au niveau du tiers externe du deuxième espace intercostal, tache dense (50 centimes).

Sur une tomographie, à 7 cm. à droite, aspect en nid d'abeille de la région sous-claviculaire et grosse tache externe arrondie très dense ; à 9 cm., la tache est beaucoup plus petite ; à 11 cm., elle ne se retrouve pas.

B. K. : 0 (tubage, culture des selles).

Mai : température normale, prise de poids de 4 kgs. Vitesse de sédimentation encore pathologique à 24, 55, 110.

*Antécédents personnels* : appendicectomie, épistaxis fréquentes.

*Nous rattachons à ce groupe une observation (prise à Laennec, en dehors de toute statistique) dans laquelle une seule bacilloscopie aurait été positive :*

OBS. 107. — M. M..., 46 ans, employé d'assurances :

1° Calvitie précoce.

2° M. M..., entre dans le service le 18 septembre 1943, ayant présenté le 10 juillet une hémoptysie de faible abondance. Le 12 juillet, une bacilloscopie aurait été positive. M. M..., depuis cette date, se repose chez lui. Apyrexie, repris de poids de 4 kgs, toux et expectoration nulles.

A la radiographie : taches et marbrures intercleidohilaires à droite.

B. K. : 0 (homogénéisation et tubage).

Vitesse de sédimentation à 6, 20, 81.

T. A. : 13-7 1/2.

## GROUPE VI

SIX OBSERVATIONS DE MALADES AUTORISÉS A QUITTER LE SANATORIUM.

*Deux rechutes de tuberculose dont la première atteinte est survenue en 1938 ou 1939 :*

Obs. 39. — Champcueil : B..., 30 ans, taille 1 m. 71, poids normal 65 kgs 800 :

1° Calvitie presque complète ayant débuté à 22 ans, familiale (père).

2° Octobre 1938 : hospitalisation à Cochin pour pleurésie séro-fibrineuse droite avec expectoration bacillifère. Pneumoséreuse.

Mai 1939 : admission à Champcueil ; apyrexie ; 60 kilogs 800. B. K. : 0.

Juillet 1939 : évacuation de 200 cc. de liquide purulent.

Janvier 1940 : ascension du diaphragme, flou de la base.

Mai 1940 : ponction d'un abcès arrondi au creux épigastrique.

Juin 1940 : une bacilloscopie positive (examen direct), toutes les précédentes étaient négatives depuis février 1939.

Août 1941 : sortie autorisée ; 63 kgs 400 ; bacilloscopies négatives depuis juin 1940.

Mai 1942 : reprise de travail pendant quatre mois.

Août : toux. B. K. +.

Réadmission à Champcueil. Bacilloscopies négatives à l'examen direct à partir de janvier 1943.

Bon état général, 64 kilogs.

Sinus costo diaphragmatique droit comblé.

Rétraction de l'hémithorax droit.

M. B... a été autorisé à quitter le sanatorium en juillet 1943.

*Antécédents familiaux* : un frère décédé de tuberculose pulmonaire probable à 27 ans.

*Antécédents personnels* : acné.

OBS. 3. — La Bruyère : F..., 31 ans, taille 1 m. 72, poids normal 71 kgs :

1° Calvitie typique ayant débuté à 20 ans, non familiale.

2° Mars 1939 : après une appendicectomie, M. F... reste fatigué et touse. B. K. +.

Lésion sous-claviculaire droite. Pnéumo, section de brides. Départ en cure libre.

Mars 1940 : reprise de travail pendant dix-huit mois.

Novembre 1941 : fatigue. B. K. + (tubage). Infiltrat discret à gauche.

Mars 1942 : admission à La Bruyère. B. K. + (homogénéisation).

D'avril à novembre : B. K. : 0 constamment après tubage.

Décembre : M. F... quitte le sanatorium pour raison de famille pendant six semaines.

Février 1943 : à son retour, amaigrissement de 1 kgr. 500. B. K. + (tubage).

Infiltrat du tiers moyen du poumon gauche avec image suspecte de spéléonque. Pnéumo gauche.

Mars à mai : bon collapsus bilatéral. B. K. : 0.

Juillet : B. K. : 0 (homogénéisation).

Septembre : 63 kgs 600. B. K. : 0 (tubage). Sortie autorisée.

Novembre : M. F... a été revu par le docteur Fourès, qui lui a permis de reprendre son travail.

*Trois tuberculoses unilatérales postérieures à 1940, traitées avec succès par pneumothorax ou drainage endocavitaire :*

OBS. 77. — Laennec : G..., 39 ans, employé :

1° Calvitie ayant débuté à 25 ans, presque hippocratique à 30 ans. Familiale.

2° Juin 1942 : amaigrissement de 15 kgs en huit mois. Asthénie, douleurs thoraciques, toux, expectoration.

Septembre : poussée fébrile. B. K. +.

Semis de nodules de la moitié supérieure du champ pulmonaire gauche avec image annulaire parahilaire.

A droite : quelques calcifications.

Vitesse de sédimentation à 57, 87, 121.

Novembre : admission à Laennec, création de pneumo gauche, petite réaction liquidienne.

Décembre : section de brides. Le niveau liquide s'élève.

Février : B. K. : 0. Prise de poids de 3 kgs.

Avril : régression du liquide pleural, symphyse de la base. Petites insufflations. La vitesse de sédimentation est encore élevée à 88, 122, 130. B. K. : 0.

M. G... part en sanatorium.

Août : B. K. : 0 (homogénéisation).

Novembre : M. G... est rentré à Paris. Pneumo régulièrement entretenu. Très bon état général. Reprise de travail envisagée dans quelques mois.

OBS. 2. — La Bruyère : D..., 36 ans, taille 1 m. 71, poids normal 68 kgs, agent technique :

1° Calvitie hippocratique non familiale, ayant débuté à 27 ans, constituée en trois ans.

2° Octobre 1942 : scopie systématique normale.

Décembre : deux hémoptysies. Amaigrissement. Asthénie. Température. Hospitalisation à Laennec. B. K. +. Opacité non homogène pluri nodulaire des deux tiers supérieurs du poumon droit.

Janvier : création d'un pneumo droit adhérent au sommet.

Février : admission à La Bruyère. B. K. +. 63 kgs.

Mars : B. K. : 0.

Mai : B. K. : 0 (homogénéisation).

Juillet : M. D... quitte La Bruyère pour faire traiter un sycosis. 64 kgs 600.

Novembre : bon état. B. K. : 0 (homogénéisation).

M. D... va reprendre un travail de bureau à mi-temps tout l'hiver.

#### OBS. 9. — La Bruyère : V..., 33 ans :

1° Calvitie lentement progressive depuis l'âge de 22 ans, très avancée actuellement ; familiale (père et oncle chauves à 25 ans).

2° 1936 : points douloureux de l'hémithorax gauche.

1940 : démobilisé en juillet, M. V..., très fatigué, doit se reposer un mois et demi.

Mars 1941 : toux, expectoration. B. K. +.

Grosse cavité sous-claviculaire gauche.

Traitements médicaux divers.

Juillet : admission à La Bruyère. B. K. +. Trois tentatives infructueuses de création de pneumo gauche.

Novembre : prise de poids de 3 kgs. B. K. +. Etat pulmonaire identique.

10 décembre : mise en place d'une sonde endocavitaire.

15 décembre : dans l'expectoration, B. K. : 0.

Le pus retiré par la sonde est bacillifère.

28 décembre : B. K. : 0 (sonde et expectoration).

Janvier 1942 : B. K. : 0 (expectoration et sonde).

Le volume de la caverne est diminué de moitié.

Février : B. K. : 0 après homogénéisation (expectoration et sonde).

Avril : bacilloscopies toujours négatives.

La cavité n'est plus visible. Autour de la sonde, plage opaque de la surface d'une pièce de 5 francs.

Septembre : bacilloscopies négatives constamment, la plage opaque est réduite à la surface d'une pièce de cinquante centimes.

Octobre : à l'occasion d'une rhinite, une bacilloscopie après homogénéisation du liquide de la sonde est positive.

31 janvier 1943 : enlèvement de la sonde. A la place de la cavité, une petite calcification.

Depuis février, très bon état général. Bacilloscopies constamment négatives.

Juillet : M. V... quitte La Bruyère.

Novembre : revu par le docteur Fourès, M. V... va très bien.

*Une tuberculose bilatérale stabilisée par une cure hygiéno-diététique de quelques mois malgré la négligence apportée par le malade à son traitement entrepris avec vingt-deux mois de retard :*

OBS. 1. — La Bruyère : B..., 31 ans, 1 m. 74, poids normal 70 kgs :

1° Calvitie très avancée ayant débuté à 20 ans ; familiale (père chauve à 25 ans).

2° Janvier 1940 : fistule anale, signes d'imprégnation, amaigrissement de 7 kgs.

Les deux sommets sont suspects.

Mars 1940 : B. K. +. M. B... se repose jusqu'en juin 1940. Réformé, il reprend son travail.

Août 1942 : B. K. +. M. B... continue cependant à travailler.

Décembre : à droite, infiltrat du sommet.

Calcifications diffuses dans tout le champ pulmonaire, et quelques travées.

A gauche, petit infiltrat du sommet.

Arrêt de travail. B. K. : 0 (homo).

Janvier 1943 : admission à La Bruyère. B. K. +.

Février 1943 : B. K. : 0.

Avril 1943 : état général excellent. B. K. : 0 (homo).

Juin : régression de l'infiltrat.

Ebauche de déviation trachéale vers la droite.

Septembre : 70 kgs 900.

Bacilloscopies toujours négatives.

Petites calcifications du sommet droit, dont la transparence est légèrement diminuée.

Pincement des côtes de l'hémithorax droit.

Déviation nette de la trachée.

A gauche, image normale.

M. B... quitte La Bruyère pour continuer son repos en cure libre.

Les soixante-quatre observations précédentes peuvent se résumer en quelques tableaux.

TABLEAU I

AGES DES MALADES

| 20 à 30 ans : | 30 à 40 ans : | plus de 40 ans : |
|---------------|---------------|------------------|
| 6             | 28            | 20               |

TABLEAU II

TOPOGRAPHIE DES LÉSIONS

| Groupes                                  | I   | II  | III | IV  | V   | VI  | Total |
|------------------------------------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-------|
|                                          | —   | —   | —   | —   | —   | —   | —     |
|                                          | A B | A B | A B | A B | A B | A B |       |
| Tuberculoses uni-latérales .....         | 1 1 | 3 3 | 1 2 | 2 0 | 4 0 | 3 1 | 21    |
| Tuberculoses bi-latérales d'emblée ..... | 4 1 | 2 3 | 2 3 | 4 2 | 1 1 | 0 1 | 24    |
| Tuberculoses bi-latéralisées ..          | 1 7 | 0 4 | 0 0 | 0 6 | 0 0 | 0 1 | 19    |

TABLEAU III

RÉPARTITION DANS LES DIFFÉRENTS GROUPES

| Groupes            | I    | II   | III  | IV   | V   | VI  |
|--------------------|------|------|------|------|-----|-----|
|                    | —    | —    | —    | —    | —   | —   |
| Observations ..... | 15   | 15   | 8    | 14   | 6   | 6   |
| Pourcentage .....  | 23,4 | 23,4 | 12,5 | 21,8 | 9,3 | 9,3 |

TABLEAU IV

ANCIENNETÉ DU PROCESSUS TUBERCULEUX

| Groupes                                | I | II | III | IV | V | VI | Total | %  |
|----------------------------------------|---|----|-----|----|---|----|-------|----|
|                                        | — | —  | —   | —  | — | —  | —     | —  |
| Catégorie A (postérieure à 1940) ..... | 6 | 5  | 3   | 6  | 5 | 3  | 28    | 44 |
| Catégorie B (antérieure à 1940) .....  | 9 | 10 | 5   | 8  | 1 | 3  | 36    | 56 |

Nous pouvons rapprocher ces chiffres de ceux publiés en 1942 par le docteur R. Even à propos de la gravité de la tuberculose pulmonaire chronique de l'adulte en 1938-1939 et en 1941-1942; ces statistiques portent sur mille dossiers de malades du sanatorium de Champcueil entrés et sortis en 1939 et mille entrés

et sortis en 1941-1942; les résultats étant identiques pour les deux périodes, nous ne nous référerons qu'à ceux de 1938-1939; les malades sont classés dans l'une des quatre catégories à laquelle ils appartenaient à leur entrée : A et B<sub>1</sub> malades qui doivent guérir, les premiers plus rapidement que les seconds, B<sub>2</sub> et C malades qui doivent mourir, les seconds plus rapidement que les premiers; les dossiers des malades sortis sur leur demande, plus ou moins stationnaires, ont été éliminés, leur interprétation se heurtant à trop de difficultés; seuls ont été retenus les dossiers des malades morts ou guéris.

— Tableau 1 :

215 GUÉRIS SUR 1.000

|                     | Catég. A  | Catég. B <sup>1</sup> | Catég. B <sup>2</sup> | Catég. C  |
|---------------------|-----------|-----------------------|-----------------------|-----------|
| Moins de 6 mois.... | 5         | 1                     | 0                     | 0         |
| — 12 — ....         | 25        | 19                    | 0                     | 0         |
| — 24 — ....         | 29        | 43                    | 9                     | 0         |
| — 36 — ....         | 13        | 17                    | 2                     | 0         |
| Plus de 36 — ....   | 17        | 25                    | 10                    | 0         |
|                     | 89        | 105                   | 21                    | 0         |
|                     | (sur 141) | (sur 438)             | (sur 313)             | (sur 108) |

— Tableau 2 :

193 MORTS SUR 1.000

|                     | Catég. A  | Catég. B <sup>1</sup> | Catég. B <sup>2</sup> | Catég. C  |
|---------------------|-----------|-----------------------|-----------------------|-----------|
| Moins de 6 mois.... | 0         | 3                     | 3                     | 13        |
| — 12 — ....         | 0         | 5                     | 24                    | 23        |
| — 24 — ....         | 1         | 19                    | 22                    | 12        |
| — 36 — ....         | 0         | 8                     | 8                     | 4         |
| Plus de 36 — ....   | 0         | 15                    | 23                    | 10        |
|                     | 1         | 50                    | 80                    | 62        |
|                     | (sur 141) | (sur 438)             | (sur 313)             | (sur 108) |

Aux catégories A, B<sup>1</sup>, B<sup>2</sup>, C correspondent les six groupes de chauves précoces. On peut admettre que la catégorie A comprend les groupes VI, V, IV (A)

|   |   |                |   |           |             |
|---|---|----------------|---|-----------|-------------|
| — | — | B <sup>1</sup> | — | —         | IV (B), III |
| — | — | B <sup>2</sup> | — | —         | II et I (B) |
| — | — | C              | — | le groupe | I (A)       |

En considérant la classification des malades à leur entrée à Champcueil et les six groupes de chauves précoces, nous obtenons le tableau comparatif suivant pour les tuberculeux chauves et non chauves :

TABLEAU V

| NON CHAUVES        |              |    | CHAUVES PRÉCOCES |      |
|--------------------|--------------|----|------------------|------|
| sur 1.000 malades  |              |    | sur 64 malades   |      |
| Catégorie          | Observations | %  | Observations     | %    |
| —                  | —            | —  | —                | —    |
| A                  | 141          | 14 | 18 (6 + 6 + 6)   | 28 » |
| B <sup>1</sup>     | 438          | 44 | 16 (8 + 8)       | 25 » |
| B <sup>2</sup>     | 313          | 31 | 24 (15 + 9)      | 37 » |
| C                  | 108          | 11 | 6                | 9,3  |
| A + B <sup>1</sup> | 579          | 58 | 34               | 53 » |
| B <sup>2</sup> + C | 421          | 42 | 30               | 47 » |

soit des chiffres à peu près équivalents.

Il est plus exact de comparer les cas de tuberculose effectivement guéris ou mortels. Aux malades effectivement morts, on peut superposer ceux du groupe I; aux malades effectivement guéris, ceux des groupes IV, V, VI.

TABLEAU VI

| NON CHAUVES     |              |      | CHAUVES PRÉCOCES |              |      |
|-----------------|--------------|------|------------------|--------------|------|
| sur 408 malades |              |      | sur 41 malades   |              |      |
|                 | Observations | %    |                  | Observations | %    |
| Guéris .        | 215          | 52,6 | Guéris .         | 26           | 63,4 |
| Morts ..        | 193          | 47,4 | Morts ..         | 15           | 36,6 |

Les pourcentages sont un peu plus favorables pour les chauves précoces.

Si dans les mêmes groupes nous considérons l'ancienneté du processus, nous constatons une différence très nette dans la durée de l'évolution de la tuberculose chez les chauves précoces et les sujets non chauves, aussi bien dans les cas mortels que dans les cas de guérison.

TABLEAU VII

|                               | NON CHAUVES     |          | CHAUVES PRÉC   |      |
|-------------------------------|-----------------|----------|----------------|------|
| Guéris :                      | sur 215 observ. |          | sur 26 observ. |      |
| Evolution en moins de 3 ans.. | 163             | 76 1/2 % | 14             | 54 % |
| — en plus de 3 ans..          | 52              | 24 %     | 12             | 46 % |
| Morts :                       | sur 193 observ. |          | sur 15 observ. |      |
| Evolution en moins de 3 ans.. | 145             | 75 %     | 6              | 40 % |
| — en plus de 3 ans..          | 48              | 25 %     | 9              | 60 % |

D'autre part, la chronicité de la tuberculose des chauves précoces semble se manifester également par les possibilités thérapeutiques.

TABLEAU VIII

THÉRAPEUTIQUES INSTITUÉES

|                                                                            | I | II | III | IV | V | VI | Total |
|----------------------------------------------------------------------------|---|----|-----|----|---|----|-------|
| Tuberculose au-dessus de toute thérapeutique .....                         | 2 |    |     |    |   |    | 2     |
| Pneumo unilatéral. Bon collapsus.                                          | 5 |    | 1   | 1  |   |    | 7     |
| — — partiel .....                                                          |   | 4  |     |    |   | 2  | 6     |
| — bilatéral .....                                                          |   | 1  |     | 6  |   | 1  | 8     |
| Thoracoplastie associée à un pneumo bilatéral ou unilatéral (contro) ..... |   | 1  |     | 1  |   |    | 2     |
| Pneumo extra-pleural associé à un pneumo unilatéral (contro) .....         |   |    |     | 1  |   |    | 1     |
| Drainage endocavitaire .....                                               |   |    |     |    | 1 |    | 1     |
| Phrénicectomies isolées .....                                              | 2 | 1  | 1   |    |   |    | 4     |
| Phrénicectomie associée à un pneumo .....                                  |   | 1  |     |    |   |    | 1     |
| Cure hygiéno-diététique seule...                                           | 5 | 8  | 6   | 5  | 6 | 2  | 32    |

Sur soixante-quatre malades vus dans des établissements de recrutement si varié, choisis dans les « bons cas » uniquement pour les sanatoriums de La Bruyère et Bligny, une proportion de huit pneumos bilatéraux, un pneumo extra-pleural et deux thoracoplasties, témoignages d'une affection peu évolutive, est élevée.

De plus, le traitement n'a pas toujours été entrepris en temps voulu ou poursuivi correctement, ce qui n'a pas empêché une guérison (observation I, groupe VI); et si, après une longue échéance, le pronostic en est devenu très mauvais (observations 32 et 70 du groupe I), le bon état général, le peu d'évolutivité de la tuberculose permettent d'envisager, sinon

une guérison, tout au moins une longue survie pour les malades des observations n° 17, 94, 23 du groupe II.

En outre, à côté des cas du groupe V dont a été rapprochée l'observation n° 107, un certain nombre de dossiers concernent des tuberculoses torpides.

Groupe II : obs. 56

- III : obs. 100 et 41 (dépistage systématique)
- III : obs. 91, 71, 75
- IV : obs. 65

Quant aux bacilloscopies, nous avons relevé :

TABLEAU IX

Tuberculoses paucibacillaires :

- 1 (III)
- 2 (II)

Tuberculoses à bacilloscopies négativées en :

| Moins de 6 m. | 6 à 12 mois | 2 à 3 ans | 3 à 4 ans |
|---------------|-------------|-----------|-----------|
| 5 (VI)        | 1 (VI)      | 4 (IV)    | 1 (IV)    |
| 7 (IV)        | I (II)      |           |           |
|               | I (IV)      |           |           |

Tuberculoses à bacilloscopies intermittentes :

- 2 (II) depuis 1935
- 1 (I) — 1942

Tuberculoses à bacilloscopies encore positives après :

| 6 mois  | 1 an    | 1 à 2 ans | 2 à 3 ans | 3 à 4 ans | pl. de 4 ans |
|---------|---------|-----------|-----------|-----------|--------------|
| 1 (II)  | 1 (III) | 4 (II)    | 2 (II)    | 1 (III)   | 1 (III)      |
| 1 (III) | 1 (II)  |           | 6 (I)     | 3 (II)    | 3 (II)       |
|         |         |           |           | 1 (I)     | 5 (I)        |

Ainsi la présence constante de bacilles de Koch dans les expectorations ne s'accompagne pas toujours

d'une aggravation et peut être tolérée, tout au moins pendant quelques années.

Accessoirement, nous avons recherché les rapports de la taille et du poids des tuberculeux pulmonaires chauves précoces.

Parmi trente-cinq observations :

18 groupes IV, V, VI

10 — II

7 — I

3 isolées

La taille est normale, la moyenne staturale étant de 1 m. 69.

Le poids habituel est inférieur à la taille dans 28 cas; égal à la taille dans 5 cas; supérieur à la taille dans 2 cas.

Il n'y a donc pas de déséquilibre entre le poids et la taille en faveur du poids.

Ainsi, pour les chauves précoces que nous avons étudiés, dont les deux tiers sont âgés de moins de quarante ans, la tuberculose pulmonaire présente un facteur de gravité moindre manifesté par un pourcentage de guérison légèrement plus élevé et surtout par une tendance nette à la chronicité, les formes à évolution lente s'observant chez ces sujets avec une fréquence plus grande de 20 à 40 %.

Il est évident que cette statistique est disproportionnée au point de vue nombre à celle du docteur Even, mais au point de vue gravité de la tuberculose les deux groupes sont tout à fait comparables et s'il

existe une différence elle n'est pas à l'avantage des chauves précoces; en effet, si un tiers seulement d'entre eux a été recruté au sanatorium de Champcueil et si le second tiers concerne des malades des sanatoriums de Bligny et La Bruyère pour lesquels la contre-visite d'admission sélectionne les cas favorables, le dernier tiers comprend des tuberculeux de services hospitaliers, dont celui de Broussais, service de désencombrement et celui de Brevannes.

Dans la statistique du docteur Even sont compris à la fois des non chauves et des chauves; cependant la fréquence de la calvitie précoce est assez faible, ne dépassant pas 5 à 6 % pour être négligeable.

L'évolution de longue durée et la résistance des malades est d'ailleurs confirmée par l'existence de formes torpides et par les thérapeutiques instituées : d'une part le nombre de 11 thoracoplasties ou pneumothorax bilatéraux ou extra-pleuraux est important par rapport au nombre total de 28 interventions non comprises les phrénicectomies ; d'autre part, sur 6 tuberculoses traitées très tardivement, 2 seulement sont de pronostic très grave.

L'examen du tableau des bacilloscopies montre un nombre très restreint de tuberculoses paucibacillaires et par contre plusieurs formes stationnaires avec état général satisfaisant ou lentement évolutives dont les expectorations sont constamment bacillifères depuis plusieurs années.

Les caractères dominants de la tuberculose pulmonaire des chauves précoces semblent donc la chronicité et la tolérance au bacille de Koch.



## TUBERCULOSE PULMONAIRE ET CALVITIE PRÉCOCE DES MÉDECINS

Indépendamment de toute statistique, nous avons réuni des observations de médecins chauves précoces ayant présenté une tuberculose pulmonaire. Ces dossiers, qui n'ont pas été spécialement choisis, tirent leur intérêt du fait qu'ils concernent une affection ancienne parfois très grave, particulièrement bien étudiée par le malade, dont la guérison complète confirmée par des examens de laboratoire répétés ou des inoculations au cobaye se maintient depuis 3 à 22 ans, malgré une activité professionnelle souvent débordante, telle que celle de médecin de campagne, médecin ou chirurgien des hôpitaux.

OBS. 85. — Docteur N... :

1° Chute de cheveux très marquée depuis l'âge de 19 ans. Calvitie indiscutable à l'âge de 23 ans.

2° Juillet 1938 : toux et fatigue.

Début août : forte température (jusqu'à 40°). Point de côté thoracique violent, inappétence, asthénie, toux de plus en plus fréquente. Sur la radiographie, infiltration étendue de forme triangulaire de la partie inférieure du lobe supérieur, avec cavité centrale au niveau du pou-

mon droit. B. K. +. Forme très grave, très évolutive, amaigrissement rapide de 10 kgs.

18 août : création d'un pneumo artificiel droit. Décollement total sans brides ni adhérences.

Septembre : l'expectoration, augmentée après la création du pneumo, diminue progressivement. Disparition de la cavité.

Octobre : apyrexie.

Novembre : B. K. : 0 (examen direct). Amélioration progressive de l'état général, diminution continue de l'infiltration.

Janvier 1939 : après un séjour sanatorial de cinq mois, reprise progressive des occupations professionnelles comme médecin de sanatorium.

Avril : B. K. : 0 (homogénéisation et tubage).

Actuellement, pneumo régulièrement entretenu, persistance d'une image juxta scissurale.

Depuis plusieurs mois, le docteur N... a repris son ancienne clientèle et fait ses visites à bicyclette. Très bon état général.

OBS. 84. — Docteur X..., 35 ans :

1° Les cheveux, très abondants, commencent à tomber dès l'âge de 20 ans ; ils sont rares à 30 ans. La chute semble avoir été accélérée pendant la cure sanatoriale.

Actuellement la calvitie n'est pas complète, mais les cheveux sont très rares.

2° Fin septembre 1936 : début grippal.

20 octobre : hémoptysie fébrile. Pommelures du lobe supérieur du poumon droit limité par une scissure apparente.

Novembre : bacilloscopie négative comme toutes les suivantes.

Janvier 1937 : pleurésie droite secondaire.

Mars : pneumoséreuse. Le sommet du poumon est symphysé, la scissure très oblique vers le haut montre une rétraction considérable du lobe supérieur.

Juin : les insufflations provoquant une réaction fébrile, sont abandonnées.

Décembre : disparition de la fièvre et d'une poche aérique.

Septembre 1938 : sortie du sanatorium.

Décembre : reprise de travail.

Octobre 1941 : petite rechute. B. K. + à un seul examen.

Actuellement, le lobe supérieur droit est replié en éventail, sa scissure est arquée et il est traversé par de nombreuses travées scléreuses. Grosse pachypleurite de la base. Déformation et immobilité du diaphragme.

OBS. 81. — Docteur X..., 48 ans :

1° En novembre 1914 : typhoïde, chute des cheveux qui ont réapparu clairsemés. Chute progressive. A 33 ans, calvitie importante.

2° 1936 : tuberculose pulmonaire hémoptoïque, un cliché immédiat n'a pas révélé de lésions tuberculeuses.

Le 28 avril, à la suite d'un amaigrissement léger et d'une asthénie qui s'installe progressivement, survient une expectoration bacillifère et sur le cliché apparaît un infiltrat sous-claviculaire droit de nature non évidemment excavée.

Mise en œuvre d'une cure aussi correcte que possible en dehors des heures de travail, en particulier, lit du samedi midi au lundi matin. 10 gr. de crisalbine sont injectés à raison d'un gramme par semaine. Régression rapide des manifestations pathologiques, qui au bout de

six mois ne présentaient plus qu'un aspect de travée en éventail, de caractère encore pathologique, irradiée du hile dans le champ pulmonaire.

OBS. 86. — Docteur S..., 60 ans :

1° Calvitie hippocratique depuis l'âge de 32 ans, ayant débuté avant 25 ans.

2° 1912 : cuti fortement positive. Absès de la marge de l'anus, mais pas d'accident pulmonaire.

1915 : intoxication par les gaz. Hémoptysie le jour même. Evacuation.

Le docteur S... est affecté six mois plus tard à l'armée d'Orient.

1917 : fièvre continue étiquetée paratyphoïde, mais avec des séro diagnostics négatifs et rétrospectivement considérée comme typhobacillrose.

Depuis la guerre, bronchite chaque hiver.

1932 : infiltration et petite caverne du sommet gauche. Bacilloscopie positive. Dix mois de séjour sanatorial.

Depuis 1932, examens négatifs ; forme fibreuse avec bronchite hivernale.

OBS. 83. — Docteur G... :

1° Calvitie bien caractérisée ayant débuté entre 20 et 25 ans.

2° 1928 : au cours des études de médecine, découverte fortuite de lésions pulmonaires à la radioscopie. Taches biapicales et tache sous-claviculaire droite. Bacilloscopie positive.

Le docteur G... part se reposer dans les Pyrénées.

Trois mois plus tard, B. K. : 0. Prise de poids de 7 kgs.

Après un repos total d'un an, le docteur G... prend la direction d'un sanatorium ; à cette date, il présente à la radioscopie quelques calcifications ; des inoculations répétées aux cobayes sont négatives.

Juillet 1930 : rejet d'une « pierre du poumon ». Bacilloscopie positive le lendemain.

Depuis, examens et inoculations constamment négatifs.

OBS. 87. — Docteur J..., 37 ans :

1° Calvitie presque hippocratique fixée depuis l'âge de 26 ans et de caractère familial (grand-père paternel, père et frères chauves précocement).

2° 1925 Infiltrat dense sous la clavicule gauche.

Cure libre de trois mois marquée par une poussée évolutive qui s'est soldée par une cavité sous-claviculaire gauche (5 fr.), une réaction interlobaire et une petite cavité (1 fr.) sous la scissure gauche. A droite, rien d'anormal. Bacilloscopie positive. Pneumothorax gauche créé après la poussée ayant donné, contre tous les pronostics, un décollement total d'emblée. Effacement très rapide des lésions ; jamais de liquide.

1929 : arrêt du pneumo.

1931 : à la suite de fatigues et à l'occasion de pas mal de travaux de laboratoire sur des liquides fortement bacillifères, réapparition épisodique des B. K. pendant trois mois sans aucune modification radiologique anormale.

Depuis lors, aucun accident, et malgré une existence absolument normale.

OBS. 82. — Docteur U..., 46 ans :

1° Ypérité en juin 1918. De 1920 à 1921, chute de cheveux à marche rapide, partiellement arrêtée en 1922. Elle a repris en 1933 et elle continue.

2° Mai 1920 : épisode aigu à type de pneumonie caséuse droite.

Juillet et août : séjour dans une station des Alpes. Température à 40° tous les soirs. Amaigrissement considérable. Poids 55 kgs.

Octobre : départ pour une station sanatoriale suisse ; expectoration : 8 (échelle de Gaffky).

Echec de pneumo thérapeutique (pleurite diffuse).

A partir d'octobre, apyrexie brusque qui se maintient en permanence.

Janvier 1921 : expectoration : 3 (échelle de Gaffky).

Mars : disparition des B. K.

Mai : poids 87 kilos.

Depuis décembre 1922, reprise d'une vie extrêmement active sans aucune rechute.

Quoique ne concernant pas un médecin, l'observation suivante d'un malade de M. le professeur Troisier est intéressante par la chronicité de l'affection :

OBS. 88. — M. M. N..., 63 ans :

1° Calvitie précoce familiale.

2° 1898 : premières petites hémoptysies sans température.

De 1898 à 1943 : vingt-cinq petites hémoptysies toujours sans température, sauf deux importantes. Baciloscopies toujours négatives.

Actuellement, auscultation négative.

Sur la radiographie, tubercules fibreux des deux apex, bandes et marbrures, sans excavation visible.

Bacilloscopie négative.

Ainsi, les médecins précocement chauves ne sont pas à l'abri de la tuberculose pulmonaire, mais dans les cas non choisis que nous venons de rapporter leur guérison a été rapide et complète, même dans les formes dont l'atteinte initiale était extrêmement grave.

L'observation n° 88 est le type d'une infection bacillaire très chronique, témoignage de la résistance du malade.



## FRÉQUENCE DE LA CALVITIE PRÉCOCE

Nous avons vu que sur les 1.316 malades âgés de plus de 21 ans hospitalisés dans les services de phthisiologie ou en sanatorium, nous avons retenu 74 observations de chauves précoces, soit un pourcentage de 5,62.

Nous avons voulu comparer ce chiffre à celui obtenu chez les sujets non tuberculeux.

A la consultation de la porte de l'Hôpital Saint-Louis, les malades viennent actuellement dans une très grosse majorité pour gale, ils peuvent donc être considérés comme des sujets en bonne santé ; sur un total de 623 consultants de plus de 21 ans, nous avons trouvé 37 chauves précoces, soit 5,93 %. Sur ces 37 chauves, 2 étaient tuberculeux pulmonaires porteurs de pneumothorax, à bacilloscopies négatives et ayant repris leur travail ; un troisième avait présenté en 1929 un mal de Pott lombo-sacré ; pour les autres sujets, nous n'avons relevé aucun antécédent pathologique notable.

Il semble donc que la calvitie précoce s'observe avec la même fréquence chez les tuberculeux et chez les sujets sains, dans la proportion de 5 à 6 %.

## FREQUENCE DU CARACTERE FAMILIAL DE LA CALVITIE PRECOCE

La calvitie précoce présente un caractère familial quand elle se retrouve identique chez le père, les frères, les oncles ou les cousins germains.

Parmi nos observations, nous avons obtenu un pourcentage équivalent chez les tuberculeux et à l'Hôpital Saint-Louis.

### 1) TUBERCULEUX

|                         | OBSERV. | CALVITIE<br>FAMIL. | CALVITIE<br>NON FAMIL. | AUCUN<br>RENS.<br>FAMIL. |
|-------------------------|---------|--------------------|------------------------|--------------------------|
|                         | —       | —                  | —                      | —                        |
| Tuberculose pulmonaire. | 70      | 38                 | 23                     | 9                        |
| — extrapulm. .          | 4       | 3                  | 0                      | 1                        |
| — pulmonaire.           | 10      | 3                  | 1                      | 6                        |
| (observations isolées)  |         |                    |                        |                          |
|                         | —       | —                  | —                      | —                        |
|                         | 84      | 44                 | 24                     | 16                       |

soit, sur les 68 observations complètes que nous posédons, une proportion de 64,70 %.

### 2) HOPITAL SAINT-LOUIS

| OBSERVATIONS | CALVITIE<br>FAMILIALE | CALVITIE<br>NON FAMILIALE | AUCUN RENSEIGN.<br>FAMILIAL |
|--------------|-----------------------|---------------------------|-----------------------------|
| —            | —                     | —                         | —                           |
| 37           | 22                    | 12                        | 3                           |

Soit, sur les 34 observations complètes, une proportion de 65 %.

## CONCLUSIONS

Hippocrate, les auteurs du XIX<sup>e</sup> siècle, les typologues modernes attribuent un meilleur pronostic à la tuberculose quand elle atteint des sujets précocement chauves.

La calvitie précoce dont il s'agit est une affection bien connue. Frappant les individus du sexe masculin, elle est caractérisée par sa date d'apparition, avant 30 ans, et par son évolution progressive et régionale en une quinzaine d'années. Indépendante de toute cause infectieuse locale ou générale, son étiologie demeure indéterminée malgré de multiples hypothèses.

Ce travail ayant pour but de préciser dans quelle mesure le facteur calvitie précoce est le témoignage d'un terrain de résistance vis-à-vis de la localisation pulmonaire du bacille de Koch, a été fait à l'aide de 64 observations de tuberculeux pulmonaires précocement chauves hospitalisés dans divers sanatoriums ou services de phthisiologie, et d'une statistique établie par le docteur Even au sanatorium de Champcueil sur 1.000 dossiers non sélectionnés ; l'évolution de la maladie a été comparée entre les deux groupes de sujets ; elle a permis de constater pour les chauves précoces un pourcentage de guérison légèrement

supérieur et une fréquence plus grande des formes chroniques dans la proportion d'un quart des cas environ.

La longue évolution de l'affection est confirmée par les possibilités thérapeutiques : 11 pneumothorax bilatéraux ou extra-pleuraux ou thoracoplasties sur 28 interventions.

D'autre part, il semble que les bacilloscopies des chauves précoces puissent être constamment positives pendant plusieurs années sans être la manifestation de lésions évolutives.

Quelques observations de médecins précocement chauves complètement guéris d'une tuberculose pulmonaire à processus initial parfois très grave, sont démonstratives d'une constitution particulièrement résistante.

Les tuberculeux et les sujets sains sont également atteints par la calvitie précoce ; le pourcentage de fréquence est de 5 à 6.

Cette affection présente un caractère familial dans 65 % des cas.

Vu : *le Doyen,*

A. BAUDOUIN.

Vu : *le Président de Thèse,*

J. TROISIÈRE.

Vu et permis d'imprimer :

*Le Recteur de l'Académie de Paris,*

GIDEL.

## BIBLIOGRAPHIE

HIPPOCRATE. — Aphorismes.

MAUBAN. — L'arthritisme, ses principales manifestations et son traitement.

\* DE GRANDMAISON. — Traité de l'arthritisme.

AUBERTIN (E.). — Le développement de l'infection bacillaire chez l'homme ; le rôle du terrain.

CORMAN (L.). — Idées anciennes et idées modernes sur la constitution des tuberculeux. (*Gazette des Hôpitaux*, 8 août 1931.)

JACQUELIN (A.). — Directives en pratique médicale ; terrains et tendances morbides.

SABOURAUD. — Maladies du cuir chevelu : séborrhée, acné, calvitie.

RABUT (R.). — Les alopécies. (*Encyclopédie médico-chirurgicale*.)

DARIER. — Alopécie kérosique et calvitie. (*Précis de Dermatologie*.)

RIVERS (W. C.). — Thee clinical studies in tuberculosis predisposition.

EVEN (R.). — Sur l'évolution actuelle de la tuberculose pulmonaire chronique de l'adulte. (*Bulletin de la Société médicale des Hôpitaux*, 27 janvier 1943, n<sup>os</sup> 30, 31, 32, 33.

